



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Czynniki indywidualne i wsparcie społeczne a efektywność zdrowienia u pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi

Author: Ewa Robakowska

Citation style: Robakowska Ewa. (2019). Czynniki indywidualne i wsparcie społeczne a efektywność zdrowienia u pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Uniwersytet Śląski

EWA ROBAKOWSKA

Rozprawa doktorska

**CZYNNIKI INDYWIDUALNE I WSPARCIE
SPOŁECZNE A EFEKTYWNOŚĆ ZDROWIENIA
U PACJENTEK Z ZABURZENIAMI
DEPRESYJNYMI**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
Prof. Uniwersytetu SWPS dr hab. Danuty Rode

Katowice 2019

**Składam serdeczne podziękowania
Pani prof. dr hab. Danucie Rode
za serdeczność, cierpliwość oraz
za okazaną pomoc przy pisaniu
niniejszej pracy.**

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI.....	2
WSTĘP.....	6
PODSTAWY TEORETYCZNE MODELU ZMIENNYCH.....	9
1. Depresja jako jednostka chorobowa.....	9
1.1. Klasyfikacja zaburzeń afektywnych.....	13
1.2. Depresja – koncepcje teoretyczne.....	15
2. Czynniki indywidualne i interpersonalne w procesie zdrowienia.....	17
2.1. Poczucie własnej skuteczności.....	18
2.2. Inteligencja emocjonalna.....	20
2.3. Hierarchia wartości.....	25
2.4. Styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych.....	29
2.5. Wsparcie społeczne.....	32
3. Zdrowienie jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka w procesie radzenia sobie z chorobą.....	36
3.1. Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie.....	38
3.2. Wskaźniki zdrowienia u pacjentek depresyjnych.....	43
<i>Samoakceptacja.....</i>	<i>45</i>
<i>Dążenia osobiste – realizacja planów.....</i>	<i>48</i>
<i>Kompetencje społeczne.....</i>	<i>50</i>
<i>Dobrostan psychiczny.....</i>	<i>52</i>
4. Leczenie zaburzeń depresyjnych.....	56
4.1. Psychoterapia depresji.....	56
4.2. Farmakoterapia w zaburzeniach afektywnych.....	58

4.2.1. Wybór leku w zależności od obrazu klinicznego depresji.....	59
METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH.....	61
5. Problemy badań i ich uzasadnienie.....	61
5.1. Model badawczy.....	63
5.2. Pytania badawcze.....	69
6. Zmienne i ich operacjonalizacja.....	71
7. Próba badawcza.....	74
8. Organizacja i przebieg badań.....	75
9. Kierunki statystycznej analizy danych.....	77
10. Charakterystyka narzędzi badawczych.....	77
10.1. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES	77
10.2. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE.....	78
10.3. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.....	78
10.4. Kwestionariusz PVQ-R3-f	79
10.5. Berlińska Skala Wsparcia Społecznego BSSS.....	79
10.6. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI.....	80
10.7. Skala Dobrostanu Psychicznego PWB.....	80
10.8. Wielowymiarowy Kwestionariusz Planów WKP.....	80
10.9. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS.....	81
10.10. Wywiad.....	81
ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....	82
11. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych kobiet.....	82

12. Charakterystyka osób badanych pod względem wiedzy o chorobie i jej źródeł, nastawienia do leczenia oraz schematu leczenia farmakologicznego.....	83
13. Charakterystyka psychologiczna grupy kobiet w zakresie zmiennych indywidualnych oraz wsparcia społecznego na podstawie I etapu badań.....	85
14. Poziom wskaźników zdrowienia na początku leczenia w grupie kobiet chorujących na depresję na podstawie wyników I etapu badań.....	90
15. Poziom wskaźników zdrowienia badany dla całej grupy kobiet po zastosowaniu leczenia podczas II etapu badań.....	92
16. Różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla całej grupy na początku leczenia i po jego zastosowaniu.....	96
17. Analiza regresji dla całej grupy badanych kobiet.....	98
18. Analiza klastrowa kobiet chorujących na zaburzenia depresyjne.....	121
19. Statystyki demograficzne kobiet z depresją o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach.....	131
20. Sytuacja rodzinna pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach.....	133
21. Charakterystyka kobiet o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach w zakresie posiadanej wiedzy o chorobie, udziału w leczeniu oraz zastosowanego leczenia farmakologicznego.....	136
22. Poziom wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych profili psychologicznych kobiet na początku leczenia.....	139
23. Korzystanie przez pacjentki o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach ze wsparcia społecznego dostarczanego przez interakcję z innymi ludźmi.....	148
24. Różnice w otrzymywanym wsparciu pomiędzy wyróżnionymi typami pacjentek chorujących na depresję.....	149

25. Poziom wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych typów pacjentek depresyjnych po zastosowanym leczeniu.....	152
26. Czynniki efektywnego zdrowienia w wyodrębnionych grupach psychologicznych profili pacjentek.....	164
27. Różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla każdego profilu na początku leczenia i po jego zastosowaniu.....	168
28. Różnice w efektywności zdrowienia pomiędzy profilami.....	174
29. Występowanie istotnej zależności pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, korzystaniem przez nie ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia.....	181
DYSKUSJA WYNIKÓW ORAZ WNIOSKI Z BADAŃ.....	187
WNIOSKI KOŃCOWE.....	222
BIBLIOGRAFIA.....	224
ANEKS - NARZĘDZIA BADAWCZE	

WSTĘP

W większości rozwiniętych krajów Europy od kilkunast lat obserwuje się znaczny wzrost liczby osób z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych. We współczesnych czasach depresja zajmuje wiodące miejsce w statystykach dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Stanom depresyjnym sprzyja sytuacja ekonomiczna kraju, wzrost bezrobocia oraz mentalność polegająca na braku umiejętności odczuwania radości życia i satysfakcji (Pużyński, 2009).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest czwartym problemem zdrowotnym na świecie, główną przyczyną niesprawności i niezdolności do pracy oraz najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Choruje na nie kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Dwa razy częściej chorują kobiety (WHO, 2001, 2012).

W obecnym stuleciu prawdziwa radość życia jest zjawiskiem coraz radszym, natomiast smutek coraz bardziej powszechnym. Smutek może oscylować na pograniczu normy i patologii, do której dochodzi wtedy, gdy cierpienie psychiczne zaczyna przekraczać granice przeciętności. W depresji smutek pojawia się u człowieka bez uchwytnej przyczyny, zanika normalna energia życiowa, a drobne problemy ulegają wyolbrzymieniu. Depresja jest chorobą, w której człowiek głęboko cierpi, a jednocześnie staje się ona chorobą coraz częściej występującą (Kępiński, 2014).

Dlatego niezwykle istotne wydaje się poznanie udziału wybranych czynników stanowiących wewnętrzne źródło siły człowieka cierpiącego na depresję, jego potencjalnych zasobów wspierających go w procesie odzyskiwania zdrowia, aby móc je uwzględnić w udzielaniu pomocy psychologicznej.

Przedmiotem badań w rozprawie doktorskiej są czynniki indywidualne i wsparcie społeczne oraz ich rola jako predyktorów efektywnego zdrowienia u pacjentek depresyjnych.

Niniejsze badania mają na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, które zmienne (*poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych, hierarchia wartości, wsparcie społeczne*) okażą się predyktorami efektywnego zdrowienia u kobiet cierpiących na zaburzenia depresyjne, a także czy można wyodrębnić psychologiczne profile pacjentek chorujących na depresję oraz które z tych profili okażą się najbardziej sprzyjające zdrowieniu.

Z badań wynika, iż wyższe *poczucie własnej skuteczności* zwiększa motywację do działania, niskie natomiast wiąże się z depresją, bezradnością i lękiem (Schwarzer, 1997;

Schwarzer, Fuchs 1996). Według Locke i Latham (1990), im silniejsze przekonania dotyczące własnej skuteczności posiada jednostka, tym większe jest jej zaangażowanie w podjęte zachowanie, nawet w obliczu trudności. Wiara w swoje możliwości wyzwala w człowieku dodatkową energię (Ogińska-Bulik, Juczyński 2010).

Inteligencja emocjonalna wykazuje ujemne związki z depresją, poczuciem bezsilności i beznadziei, myślami samobójczymi czy lękowymi, jednakże kierunek tych zależności nie jest oczywisty – niski poziom inteligencji emocjonalnej może stanowić zarówno przyczynę, jak i konsekwencję trudności przystosowawczych (Jaworska, Matczak, 2008; Bracket, Mayer, 2003). Jednostki, które potrafią szybko i trafnie ocenić oraz wyrazić własne emocje, lepiej radzą sobie ze stresem, jak również korzystaniem ze wsparcia innych ludzi. Z kolei zdolności do emocjonalnego wspomagania myślenia usprawniają dokonywanie oceny poznawczej sytuacji trudnej i wybór adekwatnej strategii radzenia sobie ze stresem (Terelak, 2008).

W procesie **radzenia sobie** słaba motywacja nie wywołuje dostatecznego zaangażowania ani wytrwałości, natomiast silna motywacja wiąże się z dużym pobudzeniem emocjonalnym, które może wpływać dezorganizująco na aktywność zadaniową (Heszen, Sęk, 2008). Wykazano także, że średni poziom lęku bardziej sprzyja angażowaniu się w aktywność ukierunkowaną na poprawę stanu zdrowia w porównaniu z poziomem niskim i wysokim. Natomiast niektóre strategie unikowe, jak odwracanie uwagi, mogą chronić przed nadmierną koncentracją na chorobie oraz lękiem (Heszen, 2014; Wrona-Polańska, 2011). Potraktowanie przez pacjenta choroby jako zadania sprzyja aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne. Pozytywne przewartościowanie sytuacji i pozytywne emocje pobudzają do aktywności, która sprzyja regulacji emocji (rozładowaniu napięcia) oraz umożliwiają odzyskanie zdrowia (Heszen, Sęk, 2012; Wrona-Polańska, 2011).

Wartości jako reprezentacje poznawcze mają siłę motywacyjną. Przekonania dotyczące wartości nie są obiektywne, ani też neutralne i kiedy są aktywizowane, wywołują pozytywne lub negatywne emocje (Schwartz, 2006). Powiązanie wartości z emocjami dodatkowo wzmacnia ich energetyczny, motywacyjny charakter (Cieciuch, 2013a).

Wsparcie społeczne ma również istotny wpływ na funkcjonowanie chorego i zmniejsza nasilenie niepokoju, lęku czy depresji. Bliskość życzliwych osób daje choremu poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, pomaga także zmniejszyć lęk czy uczucie bezradności. Pacjenci otrzymujący wsparcie łatwiej angażują się w proces leczenia i stosują do zaleceń lekarskich (Juczyński, 2001). Środowisko społeczne może aktywizować siły jednostki do

przezwyciężania trudnych okresów w życiu. Pozytywne relacje pomiędzy wsparciem społecznym spostrzeganym przez jednostkę, radzeniem sobie i dobrostanem potwierdzają badania Sherman, Shumaker, Rejeski, Morgan, 2006; Dahua, Yan, Liqing, Jiliang, 2004; Kahn, Hessling, Russell, 2003 (Krok, 2009).

PODSTAWY TEORETYCZNE MODELU ZMIENNYCH

1. Depresja jako jednostka chorobowa

Depresja jest zaliczana do zaburzeń nastroju. Smutek stanu depresyjnego odznacza się permanentnym charakterem, cierpieniem duchowym i zdolnością do przenikania całego życia osoby chorej. Smutek depresji wyraża się w pesymistycznej wizji świata zewnętrznego oraz samego siebie, czyli poczuciu małej wartości, bezradności, niskiej samoocenie, a także w głębokim braku satysfakcji. Smutek często związany jest z tłumioną agresją (Kępiński, 2014). Charakterystyczne jest także poczucie wstydu i często nieuzasadnione poczucie winy.

Hammen (2004) wyróżnia cztery obszary funkcjonowania człowieka, w których przejawia się depresja. Są to: sfera afektywna, poznawcza, behawioralna i somatyczna. Objawy depresji obejmujące **sferę afektywną** to odczuwanie smutku, obniżonego nastroju, poczucia beznadziejności, zniechęcenia, pustki i bezradności. Depresji towarzyszą zazwyczaj trudności w odczuwaniu przyjemności (anhedonia), utrata zainteresowań, energii życiowej i koncentracji. Osoby depresyjne doświadczają braku zainteresowania sprawami, które wcześniej uznawały za ważne oraz nie odczuwają przyjemności. Anhedonia może występować z różnym natężeniem, od przytępienia emocji do „anestezji uczuć”, gdy chory nie odczuwa przywiązania nawet do osób najbliższych i cierpi z tego powodu na silne poczucie winy (Hammen, 2004; Granet, Levinson, 2000; Loo, Gallarda, 1999).

Symptomami poważnego zaburzenia depresyjnego są odczucia beznadziejności, pesymizmu, winy, do których dołączają się trudności z koncentracją, zaburzenia pamięci, snu, łaknienia oraz liczne dolegliwości somatyczne, a także poczucie braku wartości (Murawiec, Wierzbński, 2017; Seligman, Walker, Rosenhan, 2001). Poczucie własnej wartości okazało się głównym predyktorem depresji w badaniu Batoor i Khalid (2009). Osoby, które posiadają poczucie własnej wartości, potrafią lepiej wspierać swój nastrój. Natomiast osoby, którym brakuje poczucia własnej wartości, zazwyczaj doświadczają niepowodzeń, niezadowolenia, poczucia winy, niechęci lub samooskarżania oraz niezdecydowania, co może doprowadzić do początku depresji (Batoor, Khalid, 2009; Salovey, Woolery, Stroud, Epel, 2002)

Jako drugi czynnik wysoce prognozujący depresję, w badaniu Batoor, Khalid (2009), pojawiła się niezdolność do rozwiązywania problemów. Badanie potwierdziło wcześniejsze wyniki uzyskane przez Bar-On'a (1997) i Dupetrui (1996). Niezdolność do rozwiązania problemu zwykle towarzyszy niezdecydowaniu, które stanowi kluczową cechę depresji.

Osoby depresyjne mają negatywny pogląd na siebie, innych i na przyszłość, niechętnie podejmują decyzje ze względu na obawę przed niepowodzeniem, z powodu bierności i motywacyjnego deficytu, a tym samym tracą zdolność do rozwiązywania problemu. Depresja dodatkowo utrudnia podejmowanie stosownych do problemów decyzji z powodu utraty energii życiowej (Miklowitz, Semple, Hauser, Elkun, Weintraub, Dimidjian, 2015; Batool, Khalid, 2009; Preston, 2007; Rosenthal, 2003; Granet, Levinson, 2000).

W **sferze poznawczej** zaburzenie depresyjne przejawia się przede wszystkim w postaci negatywnych przekonań. Dotyczą one samego siebie, otaczającego świata oraz przyszłości, tworząc *triadę depresyjną*. Przekonania dotyczące własnej osoby odnoszą się do zaniżonej samooceny i posiadanych kompetencji. Samoocena jest to wartościująca postawa człowieka względem samego siebie. Uznawana jest za bardzo istotny czynnik warunkujący przystosowanie jednostki, szczególnie pod względem jej powodzenia w relacjach z innymi ludźmi oraz realizacji celów (Straś-Romanowska, 2010). Według Bogdana Wojciszke (2010) wspomaganie osiągania celów stanowi główną funkcję regulacyjną samooceny. Za aspekty samooceny uznaje się poczucie umiejscowienia kontroli (oczekiwanie człowieka odnośnie tego czy następstwa jego zachowań zależą od niego samego) oraz poczucie własnej skuteczności (przekonanie, że posiada się kompetencje, które pozwalają na skuteczne osiąganie celów oraz radzenie sobie z życiowymi zadaniami) (Matczak, Knopp, 2013; Drwał, 1995). Na pozytywną samoocenę składa się poczucie własnej skuteczności, wysoki poziom akceptacji, poczucie kontroli wewnętrznej oraz niska neurotyczność (Judge, Erez, Bono, Thoresen, 2002). Samoocena definiowana w taki sposób stanowi główny czynnik odpowiedzialny za efektywne funkcjonowanie jednostki (społeczne i zawodowe). Wysoka samoocena może wpływać na przypisywanie sobie wysokich kompetencji emocjonalnych i społecznych (Matthews, Zeidner, Roberts, 2002). Osoby chorujące na zaburzenia depresyjne są natomiast przeświadczone o niezdolności do rozwiązywania problemów, kierowania swoim życiem, niemożności osiągnięcia wcześniej wyznaczonych celów oraz zmiany sytuacji. Towarzyszy temu pesymizm oraz nastawienie rezygnacyjne. Wykazano znaczącą ujemną korelację pomiędzy optymizmem a depresją (Dawda, Hart, 2000; Bar-On, 1997). Osoby dotknięte depresją wykazują pesymistyczne nastawienie, są skłonne dostrzegać negatywne aspekty sytuacji, oczekują niepowodzeń w przyszłych działaniach i spodziewają się negatywnych zdarzeń, a także nie podejmują inicjatywy z obawy przed niepowodzeniem. Może to doprowadzić do rozwoju depresji (Batool, Khalid, 2009).

Depresja przejawia się także w zaburzeniach procesów poznawczych. Są to negatywne zniekształcenia poznawcze, polegające na popełnianiu błędów logicznych w interpretacji zdarzeń, jak: *arbitralne wnioskowanie, nadmierna generalizacja, selektywne abstrahowanie, wyolbrzymianie, minimalizacja, personalizacja i myślenie dychotomiczne* (Kokoszka, 2009; Williams, 2006). Według Solomon i Haaga (2005) za A. Beck i inni (1979) osoby chorujące na depresję stosują uogólnianie (generalizację), nadużywając słów "wszystko, zawsze, nigdy" (*nigdy mi się nic nie udaje*). Generalizacja polega na założeniach osoby, że pojedyncze negatywne doświadczenia stanowią zapowiedź kolejnych doświadczeń negatywnych. Osoby depresyjne często interpretują doświadczenia w kategoriach albo całkowicie pozytywnych, albo całkowicie negatywnych – jest to myślenie dychotomiczne (*Jeśli nie odnoszę sukcesu, to przegrałem*). Równie często występuje odnoszenie do siebie wszystkich negatywnych wydarzeń – personalizacja (*To przeze mnie on zachorował*), a także wyolbrzymianie, czyli przecenianie negatywnych aspektów własnych doświadczeń (*Strasznie się zachowałem*). Kolejne popełniane błędy logiczne to selektywne abstrahowanie, czyli ocenianie doświadczeń na podstawie jednego konkretnego elementu i ignorowanie innych, ważniejszych aspektów danej sytuacji (*Znowu się spóźniłem. Nic mi nie wychodzi*) oraz arbitralne wnioskowanie - wyciąganie wniosków na podstawie niewielkiej liczby przesłanek lub pomimo ich braku (*Jeżeli nie będę dużo zarabiał, stanę się człowiekiem przegranym*) (Williams, 2006; Beck, 2005; Reinecke, Clark, 2005; Solomon, Haaga, 2005; Padesky, Greenberger, 2004; Beck, Reinecke, Clark, 2003).

Kolejnym obszarem dotkniętym przez zaburzenie depresyjne jest **sfera behawioralna**. Na skutek utraty zainteresowania światem i braku motywacji do działania, chorzy na depresję zmieniają swoje typowe zachowania, pojawiają się zaburzenia funkcjonowania chorych w grupie społecznej. Osoby depresyjne ograniczają kontakty z innymi ludźmi, wycofują się z aktywności społecznej i często izolują od otoczenia. Obniża się ich zdolność do pracy oraz zmniejsza liczba i zakres zainteresowań, także światem zewnętrznym. W trakcie trwania epizodu depresji osoby chore mogą zaniedbywać siebie, otoczenie i przez dłuższy czas pozostawać w łóżku. Część osób chorych kontynuuje obowiązki zawodowe i zajęcia domowe, jednak wykonywanie tych zadań przychodzi im z trudem i wymaga znacznej mobilizacji. Badania Broadhead, Blazer, George, Tse (1990) wykazały, że osoby z łagodną depresją doświadczały 51% więcej upośledzeń w funkcjonowaniu w społeczności niż osoby z poważną depresją, ale jednocześnie wykazywały zwiększone ryzyko rozwoju ciężkich zaburzeń depresyjnych w okresie jednego

roku. Depresja może się wiązać z pogorszeniem funkcjonowania chorych także w rodzinie, w związkach małżeńskich i interpersonalnych. Badanie katamnesticzne Coryella i zespołu (1993, za: Hammen, 2004), które objęło 240 pacjentów chorych na depresję jednobiegunową pokazuje, że w porównaniu z osobami zdrowymi w podobnym wieku oraz tej samej płci, chorzy na depresję mieli niższe wykształcenie i mniejsze dochody, rzadziej pozostawali w związkach małżeńskich oraz uznawali swój związek za znacznie gorszy niż osoby w grupie porównawczej. Zmiany w zachowaniu mogą przejawiać się także w ogólnym spowolnieniu lub pobudzeniu psychoruchowym (Pużyński, 2009; Hammen, 2004; Broadhead, Blazer, George, Tse, 1990).

W **sferze somatycznej** depresja może przejawiać się zmianami wzorca snu (nadmierna senność, zbyt wczesne budzenie się albo trudności z zasypianiem), obniżeniem poziomu energii, zaburzeniami rytmu okołodobowego, dolegliwościami bólowymi, wysychaniem błon śluzowych jamy ustnej, obniżeniem libido oraz zmianami apetytu (zwiększone lub zmniejszone łaknienie) i odpowiednio wzrostem lub utratą masy ciała (Pużyński, 2009; Butwicka, Gmitrowicz, 2006; Hammen, 2004).

Klasyfikacje ICD-10 oraz DSM-5 nie traktują dolegliwości somatycznych jako istotnych i niezbędnych wyznaczników zaburzeń depresyjnych. Pojawiają się jednak coraz liczniejsze prace dotyczące wzajemnych powiązań (Iosifescu, 2007; Talarowska-Bogusz, Florkowski, Radomska, Zboralski, Gałęcki, 2006; Banaś, Wichowicz, Gałuszko, Jakuszkowiak, 2005). Od dawna znany jest także związek pomiędzy depresją a chorobami somatycznymi. Badania wykazały, że u ponad 60% chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń depresyjnych obserwuje się towarzyszącą chorobę somatyczną (najczęściej nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę), a u ponad 50% chorych - obecność objawów somatycznych (Kuśmerek, Florkowski, Gałęcki, Talarowska, 2011). Częstość współwystępowania zaburzeń depresyjnych z chorobami somatycznymi szacuje się na blisko 70% (Filipska, Antczak, Kędziora-Kornatowska, Ciesielska, 2016; Rajewska, 2002).

Depresja jest poważnym i powszechnym problemem w populacji, mającym silny wpływ na jakość życia, co odzwierciedlają badania Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, Utsum (2007) oraz Swan, Watson, Nathan (2009).

Depresja została oceniona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako czwarta co do wielkości choroba, która jest przyczyną obciążenia jednostki, rodziny i społeczeństwa na całym świecie, gdyż prowadzi do mniejszej wydajności osoby chorej. Depresja dotyka około 340 milionów ludzi na całym świecie. Przewiduje się, że stanie się ona główną

przyczyną niepełnosprawności (WHO, 2012). W szczególności duże zaburzenie depresyjne charakteryzuje się objawami, które kolidują ze zdolnością do pracy, nauki, snu czy odczuwania radości z przyjemnych dla jednostki aktywności. Ciężka depresja dezaktywuje jednostkę, wyłącza z życia, uniemożliwiając normalne funkcjonowanie (National Institute of Health, 2012).

1.1. Klasyfikacja zaburzeń afektywnych

Klasyfikacja zaburzeń afektywnych dokonywana jest na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 oraz Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych DSM-5.

Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD – 10 - kryteria diagnostyczne

- Organiczne zaburzenia nastroju (afektywne) – F06.3:
 - . 30 Organiczne zaburzenia maniakalne,
 - . 31 Organiczne zaburzenia dwubiegunowe,
 - . 32 Organiczne zaburzenia depresyjne,
 - . 33 Organiczne afektywne zaburzenia mieszane.
- Inne określone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną – F06.8
Depresja może występować w przebiegu różnych chorób np. choroba Alzheimera, Stwardnienie Rozsiane, choroba Parkinsona.
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – F10-F19.

Jest to objaw obniżonego nastroju, będącego rezultatem przyjmowania substancji psychoaktywnych: przewlekłego picia alkoholu, zażywania narkotyków. Depresję w tym przypadku traktuje się jako objaw, a nie przyczynę.
- Zaburzenia schizoafektywne – F25
 - F25.1 Zaburzenia schizoafektywne, typ depresyjny.
- Zaburzenia nastroju (afektywne) – F30-F39:
- Epizod maniakalny – F30

- Zaburzenia afektywne dwubiegunowe – F31
- Epizod depresyjny – F32:
 - F32.0 Epizod depresyjny łagodny,
 - F32.1 Epizod depresyjny umiarkowany,
 - F32.2 Epizod depresyjny ciężki, bez objawów psychotycznych,
 - F32.3 Epizod depresyjny ciężki, z objawami psychotycznymi.
 - F32.8 Inne epizody depresyjne
 - F32.9 Epizod depresyjny, nie określony
- Zaburzenia depresyjne nawracające – F33
- Uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju – F34
- Cyklotymia – F34.0 – powtarzające się wahania nastroju pomiędzy łagodnie wyrażonym nastrojem depresyjnym, a łagodnie przejawiającym się podwyższonym nastrojem. Okres trwania jest długi, początek może być obserwowany już we wczesnej młodości (choroba maniakalno – depresyjna).
- Dystymia – F34.1
 Jest to przewlekłe utrzymujące się obniżenie nastroju. Przebieg choroby charakteryzuje się okresami dobrego samopoczucia (dni, tygodnie) jednakże dominują okresy przygnębienia (miesiące). Brak zadowolenia, zniechęcenie, zaburzenia snu nie powoduje rozpadu wykonywania codziennych obowiązków. Dystymię określa się również jako depresję nerwicową lub nerwicę depresyjną.
- Inne zaburzenia nastroju – F38 (WHO, 1992).

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego – DSM-5

Zaburzenia nastroju dwubiegunowe i pokrewne

1. Zaburzenie dwubiegunowe typu I
2. Zaburzenie dwubiegunowe typu II
3. Zaburzenie cyklotymiczne

4. Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami
5. Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne powstałe w wyniku choroby somatycznej
6. Zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne
7. Zaburzenie dwubiegunowe nieokreślone i pokrewne

Zaburzenia depresyjne

1. Zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju
2. Duże zaburzenie depresyjne, w którym występują (duże) epizody depresyjne
3. Uporczywe zaburzenie nastroju – dystymia
4. Zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe – PMDD
5. Zaburzenie depresyjne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami
6. Zaburzenie depresyjne powstałe w wyniku choroby
7. Zaburzenie depresyjne określone inaczej
8. Zaburzenie depresyjne nieokreślone (Łojko, Suwalska, Rybakowski, 2014).

Autorka uwzględniła w badaniach depresję typu endogennego. Pojęcie to zastępuje obecnie termin diagnostyczny *duża depresja* wprowadzony do systemu klasyfikacyjnego DSM-5. Odpowiednikiem *depresji endogennej* w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 jest termin *epizod depresyjny*. Uważa się, że jest to depresja pojawiająca się bez konkretnych przyczyn środowiskowych oraz mająca podłoże biologiczne (są za nią odpowiedzialne m.in. zaburzenia neuroprzekąźnictwa w mózgu) (Pużyński, 2009, s. 27)

1.2. Depresja – koncepcje teoretyczne

Na przestrzeni lat pojawiło się wiele teoretycznych koncepcji depresji. Autorka podjęła się analizy m.in. współczesnych koncepcji psychoanalitycznych (J. Bowlby, 1990, 2007; A. Miller, 1995), koncepcji behawioralnej (P. Lewinsohn, 1992), koncepcji wyuczonej bezradności (M. Seligman, 2004, 2011) oraz koncepcji kognitywnej A.T. Becka (1999, 2003, 2011, 2014).

Koncepcje psychoanalityczne podkreślają konflikty na skutek niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych, znaczenie utraty obiektu miłości i rolę superego w rozwoju depresji.

Badania nad separacją dzieci od matek prowadził J. Bowlby (1990, 2007). Konflikt pomiędzy ego i zbyt surowymi wymaganiami Ja idealnego jest źródłem poczucia winy, samooskarżania się oraz niskiej samooceny. Współczesne koncepcje psychoanalityczne przypisują znaczenie w wywoływaniu depresji rozwojowi struktury osobowości we wczesnym dzieciństwie oraz roli niezaspokojonych emocjonalnych potrzeb dziecka w jego rozwoju (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011; Bowlby, 1990, 2007).

A. Miller (1995) opisuje depresję jako dyspozycję osobowościową, która rozwija się na skutek utraconej możliwości rozwoju prawdziwego Ja. W wyniku podporządkowania pragnieniom i potrzebom rodziców dochodzi do negacji prawdziwego Ja i wyrzeczenia się przez dziecko siebie. Doświadczenie krzywdy zostaje wyparte i ugruntowuje się fałszywe Ja, uwzględniające standardy rodziców i otoczenia. Utrwała się depresja jako postawa wobec życia (Miller, 1995). Jako właściwości osobowościowe jednostek depresyjnych Miller wymienia kruche poczucie własnej wartości, obecność fałszywego, fasadowego Ja, perfekcjonizm, lęk przed utratą miłości i gotowość do przystosowania się za wszelką cenę, wypieranie nieakceptowanych uczuć, wewnętrzny niepokój, skłonność do uczuć winy i wstydu (Kubacka-Jasiecka, 2006; Miller, 1995).

Koncepcje behawioralne zakładają, że depresja związana jest z niskim poziomem wzmocnień otrzymywanych ze środowiska. Według P. Lewinsohna (1992) osoby, które chorują na depresję wykazują nadwrażliwość na negatywne bodźce. Dodatkowo przyczyną depresji może być brak pozytywnych wydarzeń w życiu człowieka lub tkwiący w nim defekt w odbiorze pozytywnych wzmocnień (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011; Lewinsohn, 1992).

Koncepcja wyuczonej bezradności M. Seligmana (2004, 2011) przyjmuje, że osoby, u których występują stany depresyjne cechuje bezradność w dokonywaniu wyborów oraz niezdolność do unikania kar i sytuacji depresjogennych.

Jako koncepcję wyjściową, w celu ustalenia podstawowych wskaźników odzyskiwania zdrowia przez pacjentki z depresją, zdecydowano się przyjąć koncepcję kognitywną A.T. Becka (2014).

Koncepcja zaproponowana przez A. T. Becka (1999, 2003, 2011, 2014) zakłada, że osoby cierpiące na depresję jeszcze przed zachorowaniem ujawniają zaburzenia pod postacią negatywnego obrazu siebie, własnych doświadczeń oraz przyszłości. Zdaniem Becka (2014) na depresję wpływa negatywny schemat Ja. Wytwarza się on w trakcie procesu socjalizacji (na skutek zaniedbania, negatywnych ocen, braku akceptacji), natomiast uaktywnia się

w sytuacjach trudnych (Beck, Haigh, 2014; Disner, Beevers, Haigh, Beck, 2011; Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011; Wright, Thase, Beck, Ludgate, 2003; Clark, Beck, Alford, 1999). Zgodnie z teorią kognitywną Becka osoby chore na depresję nieświadomie stosują depresjogenne schematy myślenia, a także nie są zdolne do przyjmowania pozytywnej postawy wobec przyszłości. Utrata nadziei oraz niezdolność do tworzenia pomyślnej wizji przyszłości mogą doprowadzić do zamachu samobójczego jednostki (Loo, Gallarda, 1999). Według założeń Becka (2014) depresję powodują dysfunkcyjne przekonania osoby, jej negatywne samookreślenia oraz pojawiające się automatyczne myśli.

Negatywne reprezentacje mentalne mogą być uznawane również za specyficzny **objaw dolegliwości depresyjnych**, źródło smutku, zahamowania i spowolnienia reakcji. Nieustanne myśli depresyjne angażują wszystkie siły psychiczne chorego i w związku z tym mogą hamować jego zdolności poznawcze (Beck, Haigh, 2014; Clark, Beck, Alford, 1999; Loo, Gallarda, 1999).

Na podstawie tego założenia wyodrębniono wskaźniki odzyskiwania zdrowia, jako będące w opozycji do składowych poznawczej triady depresyjnej Becka.

2. Czynniki indywidualne i interpersonalne w procesie zdrowienia

Czynniki wspierające kobiety z depresją w procesie zdrowienia stanowią ich zasoby osobiste, które są relatywnie stałymi cechami dyspozycyjnymi jednostki. Zasoby osobiste zostały zdefiniowane jako *złożony układ czynników osobowościowych, nastawieniowych i poznawczych, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie* (Moos, Schaefer, 1993, s. 234). Do zasobów osobistych najczęściej zaliczane jest poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne, umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i poczucie kontroli osobistej nad nimi, uogólniona wiara w siebie, pozytywna samoocena oraz samoakceptacja czy optymizm (Ogińska-Bulik, 2001; Poprawa, 2001).

Jako czynniki indywidualne, mogące stanowić zasoby wspierające badane pacjentki w odzyskiwaniu zdrowia, przyjęto: *poczucie własnej skuteczności, inteligencję emocjonalną, styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz hierarchię wartości*. Uwzględniono *uogólnione poczucie samoskuteczności* wyrażające się w stałej dyspozycji do przyjmowania przez osobę ogólnego przekonania o jej zdolności do wykonania zadania, rozwiązania problemu, niezależnie od specyfiki sytuacji. Czynniki interpersonalne będzie stanowiło *wsparcie społeczne*.

2.1. Poczucie własnej skuteczności

Poczucie własnej skuteczności jest traktowane jako *podstawowy wyznacznik podejmowania i wprowadzania zmian w zachowaniach zdrowotnych* (Juczyński, 2000, s. 11). Poczucie własnej skuteczności stało się ważnym konstruktem psychologicznym w teorii społecznego uczenia się, sformułowanej przez Alberta Bandurę (2007). Według niej, poza mechanizmem uczenia się, istotne są posiadane przez jednostkę subiektywne oczekiwania dotyczące przyszłych konsekwencji własnych działań. *Poczucie skuteczności to sąd jednostki na temat osobistych możliwości spełnienia różnych warunków zadania, prowadzących do osiągnięcia zamierzonych rezultatów* (Bussey, Bandura, 1999, s. 691). Według A. Bandury (2007) przekonania o samoskuteczności kształtują się na bazie doświadczeń człowieka i w rezultacie tworzą bilans osobistych sukcesów, porażek i przeżywanych sytuacji trudnych. Doświadczenia pozytywne wzmacniają wiarę we własne siły oraz dają poczucie, że można wiele osiągnąć. Negatywne natomiast osłabiają motywację do działania, a także wywołują chęć unikania konfrontacji z trudnymi zadaniami, aby nie ponowić porażki oraz uniknąć przykrych stanów emocjonalnych, które są z nią związane. Podobne funkcje pełnią także oceny, z jakimi ludzie spotykają się ze strony innych. Jeżeli osoby znaczące dla jednostki postrzegają ją jako silną i skuteczną w działaniu oraz komunikują jej to, wzmacnia się wówczas poczucie skuteczności osoby. Natomiast, jeżeli oceny ze strony innych są negatywne, osłabiają poczucie skuteczności jednostki i blokują jej działanie. Zgodnie z tą teorią zmiana zachowania wymaga posiadania określonych przekonań dotyczących wartości, które wynikają z tej zmiany dla jednostki. Wymaga także możliwości osiągnięcia zamierzonego celu oraz poczucia własnej skuteczności. Według Bandury poczucie własnej skuteczności stanowi podstawowy czynnik intrapsychiczny, który leży u podstaw ludzkiej aktywności. Wiara jednostki w siebie oraz w swoje możliwości odzwierciedla jej poczucie własnej skuteczności. Wyraża się ono w przekonaniu, że można przeprowadzić daną czynność efektywnie. Wyższe poczucie własnej skuteczności wiąże się z większymi osiągnięciami człowieka, ponieważ zwiększa jego motywację do działania (Rubacha, 2013; Byra, 2011; Bandura, 2007; Oleś, 2003; Juczyński, 2000).

Według R. Schwarzer'a (1997) osoby o silnym poczuciu własnej skuteczności stawiają sobie wyższe cele, podejmują się ambitniejszych zadań, inwestują więcej wysiłku i są bardziej wytrwałe niż jednostki o słabym poczuciu własnej skuteczności. W sytuacji pojawienia się przeszkód nadal wykazują zaangażowanie w dążeniu do celu (Schwarzer, 1997; Schwarzer, Fuchs 1996; Locke, Latham, 1990). Przekonania o własnej skuteczności wpływają

również na ilość wysiłku, które ludzie inwestują w radzenie sobie z trudnymi sytuacjami oraz na ich podatność na stres i depresję. Niskie poczucie własnej skuteczności jest związane z lękiem, bezradnością i depresją (Caprara, Giunta, Eisenberg, Gerbino, Pastorelli, Tramontano, 2008; Juczyński, 2000; Schwarzer, Fuchs 1996).

Jednostki oczekujące wysokiej skuteczności własnej są zdrowsze, bardziej efektywne i odnoszą więcej sukcesów niż osoby przekonane o swojej niskiej skuteczności (Bandura 1997). Poczucie własnej skuteczności traktowane jest jako **zasób osobisty**, który jest pomocny w sytuacjach niepewnych czy będących dla jednostki wyzwaniem, a także w zmaganiu się z różnorodnymi problemami życiowymi (Schwarzer, 1997). Natomiast poczucie braku skuteczności prowadzi do emocjonalnego pobudzenia. Powoduje ono obawę, niepokój i lęk, co negatywnie wpływa na wytrzymałość człowieka i podejmowane działania w obliczu sytuacji stresujących. Może to nasilać objawy depresji (Bandura, 1997).

W badaniach wykazano, że poczucie własnej skuteczności wiąże się także z zachowaniami prozdrowotnymi, jak na przykład podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, zapobieganie uzależnieniom, kontrolowanie wagi. Spostrzegana skuteczność wpływa również mobilizująco na funkcje systemu immunologicznego, sprzyja radzeniu sobie ze stresem, a także pozwala lepiej kontrolować ból. Poprawa spostrzeganej własnej skuteczności pod wpływem terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów po zawale mięśnia sercowego sprzyjała podejmowaniu ćwiczeń fizycznych (Schwarzer, Fuchs 1996). Z kolei osoby z uszkodzonym rdzeniem kręgowym, czyli trwałymi ograniczeniami cechującymi się znacznie wyższym poczuciem samoskuteczności w porównaniu z osobami chorującymi na stwardnienie rozsiane, czyli doświadczającymi niesprawności o niestabilnym charakterze (Airlie, Baker, Smith, Young, 2001).

Poczucie własnej skuteczności wywiera ponadto pozytywny wpływ pośrednicząc pomiędzy wsparciem społecznym a zachowaniami związanymi z radzeniem sobie jednostki. W badaniach przeprowadzonych wśród różnych populacji dotyczących depresji, poczucia własnej skuteczności, radzenia sobie ze stresem i wsparcia społecznego stwierdzono, że poczucie własnej skuteczności wywiera pozytywny wpływ na wsparcie społeczne w profilaktyce depresji, a także przyczynia się do zdrowia psychicznego jednostki (Wareham, Fowler, Pike, 2007; Fiori, McIlvane, Brown, Antonucci, 2006; Saltzman, Holahan, 2002). Poczucie własnej skuteczności jest jednym z wyznaczników radzenia sobie. Osoby o wyższym poczuciu własnej skuteczności reagują zazwyczaj bardziej pozytywnie na trudności, prezentują bardziej aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem, wyznaczają sobie

większe cele i w większym stopniu oczekują sukcesów. Natomiast osoby z niższym poziomem własnej skuteczności mają tendencję do poddawania się w obliczu trudności, a także doświadczania wyższego poziomu depresji oraz niepokoju (Francis, Weiss, Senf, Heist, Hargraves, 2007; Pinquart, Silbereisen, Juang, 2004).

2.2. Inteligencja emocjonalna

Inteligencja emocjonalna jest definiowana jako zespół umiejętności związanych z regulacją, zarządzaniem, kontrolą i posługiwaniem się emocjami podczas podejmowania decyzji, szczególnie w odniesieniu do promowania zdrowego i adaptacyjnego funkcjonowania psychicznego. Umiejętność rozumienia własnych stanów emocjonalnych lub emocjonalnych problemów jest ważnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego (Schweitzer, 2008; Ciarrochi, Dean, Anderson, 2002).

Inteligencja emocjonalna została uznana za zbiór umiejętności służących do przetwarzania informacji emocjonalnych i wykorzystywania ich do kierowania myśleniem oraz działaniami. Inteligencja emocjonalna składa się z pięciu elementów: samoświadomości, samoregulacji, motywacji, empatii i kompetencji społecznych. Samoświadomość jest zdolnością rozpoznawania i rozumienia emocji, nastrojów i popędów, ale także ich wpływu na innych ludzi. Samoregulacja jest to zdolność do kontrolowania wszelkich destrukcyjnych emocji lub reakcji. Motywacja oznacza dążenie do celu. Empatia łączy zdolność rozumienia i akceptowania emocji oraz nastrojów innych osób. Umiejętności społeczne odnoszą się do zdolności zarządzania relacjami z innymi ludźmi poprzez znajdowanie wspólnej płaszczyzny (Cox, Hill, Lack, 2012; Brackett, Rivers, Salovey, 2011; Downey, Johnston, Hansen, Schembri, Stough, Tuckwell, Schweitzer, 2008; Barchard 2001).

W literaturze opisywane są głównie dwa modele inteligencji emocjonalnej:

- 1) Model popularny – koncepcja D. Golemana (2007) i koncepcja R. Bar-On'a (1997, 2000);
- 2) Model naukowy – model zdolności J.D. Mayera i P. Saloveya (1999).

Model Saloveya i Mayera jest traktowany jako najlepiej udokumentowany oraz poparty naukowymi badaniami. Według nich inteligencja emocjonalna to zdolność rozpoznawania i kierowania własnymi emocjami i uczuciami, zdolność do dostrzegania i kierowania emocjami i uczuciami innych, znajomość różnych stanów emocjonalnych i wykorzystywanie tych umiejętności w kierowaniu własnymi działaniami oraz zdolność do

nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi ludźmi (Mayer, Salovey, 1999). Jest to model zdolności umysłowych człowieka, który jest poznawczym ujęciem inteligencji emocjonalnej. Według Nosala (1998) inteligencja emocjonalna łączy intelektualną i emocjonalną sferę psychicznego funkcjonowania człowieka. Stanowi również wynik współdziałania mechanizmów odpowiedzialnych za powstanie emocji oraz dotyczących interpretacji sytuacji wywołujących różne stany emocjonalne i umysłowej kategoryzacji emocji.

Drugim modelem inteligencji emocjonalnej jest model stworzony przez Bar-On'a (1997). Według Bar-On'a *inteligencja emocjonalna jest zbiorem pozaintelektualnych możliwości, kompetencji i umiejętności wpływających na zdolność jednostki do efektywnego radzenia sobie z oczekiwaniami otoczenia: umiejętności intrapersonalne* (samoobserwacja, samoaktualizacja, emocjonalna samoświadomość, asertywność, niezależność), *umiejętności interpersonalne* (empatia, relacje interpersonalne, społeczna odpowiedzialność), *umiejętności przystosowawcze* (elastyczność, rozwiązywanie problemów, testowanie rzeczywistości), *strategie radzenia sobie ze stresem* (impulsywność, tolerancja na stres, kontrola) oraz *ogólny nastrój* (optymizm, szczęście) (Śmieja, Orzechowski, 2008 s. 22; Bar-On, 1997).

Według Golemana (1997, 1999, 2007, 2013) do zdolności określanych mianem inteligencji emocjonalnej należą: *znajomość własnych emocji* (samoświadomość - rozpoznawanie uczucia w chwili, gdy się pojawia, zdolność śledzenia uczuć), *kierowanie emocjami* (panowanie nad emocjami, tak aby były właściwe w każdej sytuacji, zdolność uspokajania, zdolność radzenia sobie ze smutkiem, niepokojem czy irytacją), *zdolność motywowania się* (podporządkowywanie emocji obranym celom, odkładanie w czasie zaspokajania pragnień i tłumienie popędliwości), *rozpoznawanie emocji u innych* (empatia oparta o własną świadomość emocjonalną, wyczulenie na sygnały ze strony innych ludzi wskazujące, czego chcą czy potrzebują) oraz *nawiązywanie i podtrzymywanie związków z innymi* (umiejętność kierowania emocjami innych ludzi, dobre kontakty z innymi) (Goleman, 2013; Goleman, 2007, s. 80-81).

Według badaczy inteligencja emocjonalna jest częściowo zależna od uwarunkowań biologicznych, a częściowo na jej kształtowanie się ma wpływ środowisko społeczno – wychowawcze jednostki (Knopp, 2009; Zeidner, 2008; Matczak, 2007). Komponenty inteligencji emocjonalnej stopniowo kształtują się i doskonalą od najwcześniejszych lat życia, w miarę postępowania intelektualnego i emocjonalnego rozwoju dziecka. Człowiek nabywa tę inteligencję poprzez emocjonalną edukację w środowisku domowym. Inteligencja

emocjonalna wzrasta wraz z wiekiem, ponieważ jest on czynnikiem zwiększającym ogólną ilość doświadczeń społecznych i emocjonalnych, sprzyjających nabywaniu określonych zdolności emocjonalnych. Zmiany wraz z wiekiem polegają na wzroście wiedzy emocjonalnej oraz doskonaleniu się wzorców przetwarzania informacji emocjonalnych. Dotyczą zdolności do regulowania emocji, natomiast nie do ich postrzegania (Schultz, Izard, Abe, 2005; Mayer, Salovey, 1999; Denham, 1998).

Inteligencja emocjonalna rozwija się od wczesnej adolescencji do dorosłości. Możliwe jest doskonalenie związanych z nią zdolności poprzez trening (Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes, Wendorf, 2001; Mayer, Caruso, Salovey, 2000). Dla kształtowania się inteligencji emocjonalnej szczególnie istotne są doświadczenia nabywane w ramach aktywności społecznej i zadaniowej, czyli intencjonalny trening. Polega on między innymi na werbalnym analizowaniu złożonych emocji, kierowaniu uwagi na związek pomiędzy emocjami a wywołującymi je sytuacjami, na pomaganiu jednostce w zarządzaniu reakcjami emocjonalnymi oraz w zrozumieniu własnych doświadczeń emocjonalnych (Matczak, Knopp, 2013; Zeidner, Matthews, Roberts, 2003). Według badaczy istnieje związek między poziomem inteligencji emocjonalnej a wsparciem oraz ciepłem okazywanym człowiekowi w dzieciństwie przez rodziców (Lopes, Salovey, Straus, 2003; Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001; Mayer, Caruso, Salovey, 2000). Zachęcanie dziecka do ekspresji emocjonalnej oraz wysoki stopień ujawniania emocji przez rodziców wiąże się pozytywnie z jego kompetencjami emocjonalnymi (Matczak, Knopp, 2013; Zhou, Eisenberg, Losoya, Fabes, Reiser, Guthrie, Murphy, Cumberland, Shepard, 2002; Denham, Grout, 1993). Inteligencja emocjonalna koreluje również dodatnio z rodzicielską akceptacją i przyzwoleniem na autonomię (Martowska, 2012; Marcysiak, Wasilewska, 2009; Knopp, 2007). Wykazano także, że poziom inteligencji emocjonalnej matek koreluje pozytywnie z poziomem inteligencji emocjonalnej ich dorosłych córek i synów (Piekarska, 2009; Guastello, Guastello, 2003). Badania ujawniły również, że wspierająca i pełna zrozumienia komunikacja pomiędzy małżonkami dodatnio koreluje z inteligencją emocjonalną ich dzieci, w przeciwieństwie do deprecjacji okazywanej partnerowi, która koreluje z nią ujemnie (Knopp, 2010). Brak satysfakcji rodziców z ich relacji, wiążący się z negatywnymi emocjami i zaburzonymi interakcjami pomiędzy członkami rodziny, również jest predyktorem problemów emocjonalnych dziecka. Dodatkowo dostarcza mu negatywnych wzorców emocjonalnych (Knopp, 2011). Z kolei w przypadku dzieci będących świadkami przemocy w rodzinie i patologicznych form rozładowywania emocji ekspresja emocjonalna jest niejasna dla

otoczenia oraz trudna do interpretacji (Hodgins, Belch, 2000). Podobnie, problemy psychiczne któregoś z rodziców niekorzystnie wpływają na rozwój emocjonalny dziecka (Matczak, Knopp, 2013; Downey, Coyne 1990). Wykazano dodatni związek depresji matek z deficytami w rozwoju emocjonalnym i poznawczym ich dzieci oraz ujemny związek z poziomem empatii (Jones, Field, Davalos, 2000). Przytoczone dane empiryczne wskazywałyby, że najbliższe otoczenie odgrywa najbardziej znaczącą rolę w kształtowaniu inteligencji emocjonalnej jednostki.

Inteligencja emocjonalna jest silnie skorelowana z wysokimi kompetencjami społecznymi, zdolnością do współpracy i możliwością przyjmowania perspektywy innej osoby. W modelach Bar-On'a (2000) i Golemana (1997) łatwość interakcji z innymi ludźmi uznaje się za komponenty inteligencji emocjonalnej, która pełni rolę wyznacznika funkcjonowania społecznego. Według Mayera i Saloveya (1999) zdolności wchodzące w skład inteligencji emocjonalnej są warunkiem efektywności interakcji społecznych, a wysoki poziom emocjonalnej inteligencji wiąże się ze wskaźnikami społecznego funkcjonowania.

Dzięki funkcji komunikacyjnej emocji otoczenie uzyskuje informacje o wewnętrznych stanach i potrzebach jednostki, a dla niej są one źródłem informacji o własnych stanach emocjonalnych i otoczenia (Mayer, Salovey, Caruso, 2004). Inteligencja emocjonalna może zwiększać zainteresowanie innymi ludźmi i przez to sprzyjać nawiązywaniu relacji, a także ich trwałości, z racji iż sprzyja konstruktywnemu rozwiązywaniu konfliktów. Inteligencja emocjonalna może zatem wpływać na satysfakcję z interpersonalnych relacji oraz przyczyniać się do efektywności funkcjonowania jednostki w bliskich związkach, w dużym stopniu sprzyjając bliskim relacjom między małżonkami. Wskaźniki inteligencji emocjonalnej korelują istotnie ze wskaźnikami jakości związku partnerskiego, jak intymność, podobieństwo, samorealizacja. Empatia koreluje dodatkowo z bezpiecznym stylem przywiązania u kobiet. Osoby będące w stałych związkach charakteryzują się zwykle wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej niż osoby samotne. Niska inteligencja emocjonalna może natomiast przyczyniać się do trudności jednostki w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi. W takim przypadku osoba nie potrafi włączyć się w sieć społeczną – nawet, jeśli jest ona dostępna - i korzystać z niej w sposób satysfakcjonujący. Pojawia się wówczas poczucie samotności, wyalienowania, bezsilności i niezrozumienia (Dołęga, 2006; McGraw, 2000). Osoby inteligentne emocjonalnie są mniej narażone na doznawanie poczucia samotności. Badania wykazały, że w przypadku kobiet inteligencja

emocjonalna wraz z kompetencjami społecznymi może stanowić istotny predyktor poczucia samotności (Matczak, Knopp, 2013).

Inteligencja emocjonalna wpływa także na sukcesy odnoszone przez jednostkę (ułatwia powodzenie własnych działań), one natomiast budują pozytywną samoocenę. Poziom samooceny zależy przede wszystkim od subiektywnego osądu własnych działań. Ponadto inteligencja emocjonalna sprzyja kształtowaniu się przekonania jednostki o możliwościach wywierania wpływu na efekty swoich działań oraz moderuje wpływ odnoszonych sukcesów i porażek. Istotną kwestią jest to jak człowiek odbiera życiowe powodzenia oraz porażki. Na osoby inteligentne emocjonalnie silniej oddziałują wydarzenia pozytywne – umacniają one wiarę w siebie, samoocenę i nadzieję na przyszłość. Wydarzenia negatywne wpływają na jednostki inteligentne emocjonalnie słabiej i bardziej krótkotrwale (Matczak, Knopp, 2013).

Inteligencja emocjonalna sprzyja dobrostanowi psychicznemu, poczuciu szczęścia oraz zadowoleniu z życia. Wpływa korzystnie na bilans emocjonalny i pozytywną ocenę swojego życia. Człowiek inteligentny emocjonalnie, dzięki zdolnościom do regulowania emocji, potrafi skutecznie radzić sobie z negatywnymi emocjami oraz przejawia tendencję do podtrzymywania pozytywnego nastroju. Nastrój pozytywny może z kolei w znaczny sposób łagodzić negatywne skutki sytuacji stresowych. Inteligencja emocjonalna przyczynia się do kształtowania poczucia sensu życia oraz poczucia samorealizacji, które są składowymi dobrostanu eudajmonistycznego. Inteligencja emocjonalna koreluje z nim wyżej niż z dobrostanem hedonistycznym, co wykazały badania Extremery i in. (2011). W innych badaniach także wykazano związek inteligencji emocjonalnej z dobrostanem psychicznym (Kong, Zhao, You, 2012; Chamorro-Premuzic, Bennett, Furnham, 2007; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, Salovey, 2006; Extremera, Fernandez-Berrocal, 2005; Gannon, Ranzijn, 2005; Palmer, Donaldson, Stough, 2002).

Wysoka inteligencja emocjonalna sprzyja ponadto pozytywnej ocenie własnych możliwości radzenia sobie z trudnościami. Może odgrywać rolę w wyborze adaptacyjnych strategii radzenia sobie oraz stanowi bazę aktywnego i przystosowawczego radzenia sobie (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005). Według A. Matczak (2007) inteligencja emocjonalna może zwiększać przewidywanie efektywności działań człowieka.

Osoby inteligentne emocjonalnie lepiej potrafią rozpoznawać potencjalne stresory i ich unikać, a także lepiej radzą sobie z negatywnymi emocjami. Ponadto trafniej potrafią rozpoznać emocje własne oraz innych ludzi i wykorzystują je efektywnie w radzeniu sobie z problemem. Dodatkowo odpowiedni poziom ekspresji emocji pozwala na uniknięcie

negatywnych skutków tłumienia emocji (Gardner, 2003). Inteligencja emocjonalna wpływa na regulację stresu. Moderuje ocenę sytuacji i związane z nią natężenie stresu oraz sposoby radzenia sobie z nim. Wysoka inteligencja emocjonalna może sprzyjać radzeniu sobie z emocjami oraz ich regulacji, aby energetyzowały zachowania i motywowały chorego do instrumentalnego radzenia sobie. Może również sprzyjać bardziej pozytywnemu postrzeganiu własnej sytuacji przez osoby chore. Ze wskaźnikami inteligencji emocjonalnej koreluje dodatnio styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Badania wykazały, że styl ten wiąże się z ogólną inteligencją emocjonalną, ale również z kontrolą, rozumieniem i akceptacją emocji oraz z empatią. Ujemnie koreluje natomiast styl unikowy charakteryzujący się angażowaniem w czynności zastępcze. Stwierdzono pozytywną relację pomiędzy stosowaniem unikowych strategii radzenia sobie a nasileniem reakcji lękowych (Lowe, Cockshott, Greenwood, Kirwan, Almeida, Richards, Hewlett, 2008).

Udowodniono, że osoby o wysokiej inteligencji emocjonalnej lepiej funkcjonują w warunkach silnego stresu i przeżywają mniejszy dystres. Inteligencja emocjonalna może także łagodzić negatywne skutki stresu. Wysoka inteligencja emocjonalna może wpływać na zmniejszenie intensywności negatywnych przeżyć emocjonalnych, jednakże duże nasilenie jej niektórych komponentów, np. zdolności spostrzegania własnych emocji, może nasilać wrażliwość na stres codzienny (Lyons, Schneider, 2005; Hunt, Evans, 2004; Ciarrochi, Deane, Anderson, 2002; Slaski, Cartwright, 2002). Osoby inteligentne emocjonalnie mogą lepiej rozpoznawać stresory i ich unikać, natomiast osoby o mniejszych kompetencjach emocjonalnych będą bardziej skłonne do oceniania sytuacji jako obciążającej czy też przekraczającej ich zasoby (Matczak, Knopp, 2013).

Iloraz inteligencji emocjonalnej może mieć wartość predykcyjną we wczesnej identyfikacji osób zagrożonych rozwojem depresji. Inteligentne posługiwanie się emocjami jest uważane za kluczowe dla zdrowia fizycznego oraz przystosowania psychologicznego (Martins, Ramalho, Morin, 2010; Downey, Johnston, Hansen, Schembri, Stough, Tuckwell, Schweitzer, 2008; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, Rooke, 2007).

2.3. Hierarchia wartości

Wartości, które człowiek akceptuje oraz uważa za słuszne tworzą spójną, względnie stabilną strukturę, o charakterze systemowym. System wartości wpływa na codzienne

wybory, wyznacza ogólny kierunek ludzkich dążeń oraz styl życia, który z kolei determinuje cele życiowe. Cele natomiast – poprzez sformułowanie planów – wpływają na konkretne decyzje. Wartości motywują człowieka do aktywności, wytyczają cele działań i stymulują (Cieciuch, 2013; Tischner, Kłoczowski, 2001; Dyczewski, 2001).

Podstawę hierarchii stanowią normy i cele życiowe, które zostały ukształtowane w okresie dzieciństwa (Cudak, 2010, s. 26). System wartości rozwija się i przekształca przez całe życie jednostki oraz jest przez nią doskonalony. Zmiany są wynikiem różnych doświadczeń społecznych, rozwoju potrzeb, wchodzenia w nowe role, a także reorganizacji osobowości (Czerniawska, 1995).

M. Rokeach (1973) zdefiniował wartości jako trwałe przekonania, że *określony sposób postępowania lub ostateczny stan egzystencji jest osobiście lub społecznie preferowany wobec alternatywnego sposobu postępowania lub ostatecznego stanu egzystencji*. Wartości - przekonania dotyczące tego, co pożądane, uformowane są we względnie trwałą hierarchiczny system, który ma trwałą strukturę (Cieciuch, 2013a; Rokeach, 1973, s.5).

S.H. Schwartz i jego współpracownicy (Schwartz 1996, 2006; Bilsky, Schwartz, 1994) opracowali teorię wartości osobistych, przyjmując, że wartości należą do 10 kategorii (jak np. tradycja, bezpieczeństwo, kierowanie sobą czy osiągnięcia) i proponując *Wielką Dziesiątkę* (Baltes, Gluck, Kunzmann, 2005). Schwartz definiuje wartości w kategoriach wywodzących się z tradycji Rokeacha. Wartości w ujęciu Schwartza definiowane są jako reprezentacja poznawcza motywacyjnego, pożądanego i ponadsytuacyjnego celu (Schwartz, Cieciuch, Vecchione, Davidov, Fischer, Beierlein, Ramos, Verkasalo, Lönnqvist, Demirutku, Dirilen-Gumus, Konty, 2012; Schwartz, 2006). Według Schwartza (2007) wartości są motywatorami zależnymi od sytuacji. Wartości stanowią także zasady, które kierują postępowaniem człowieka w życiu dorosłym, natomiast kształtują się od pierwszych chwil życia jednostki. Główna teza teorii Schwartza zakłada, że struktura wartości ma kształt kołowego kontinuum - motywacyjnego i uniwersalnego. Wartości charakteryzowane są w kategoriach motywacji i potrzeb oraz w kategoriach reprezentacji poznawczych. Według Schwartza (2006) wartości tworzą indywidualne hierarchie ważności (zgodnie z ich względną ważnością dla jednostek). Wartości są traktowane również jako świadome preferencje. Preferencje wartości są względnie stałe, zatem Schwartz traktuje je jako cechy osobowości.

Cechą definicyjną wartości jest w powyższym ujęciu bycie *pojęciem* lub *przekonaniem*. Według Schwartza (2001) wartości jako przekonania pełnią funkcję standardów czy kryteriów służących człowiekowi do oceniania zdarzeń, ludzi, działań oraz

samemu sobie. Pojawiają się też zbliżone określenia: wartości są *definiowane przez motywacyjne cele* (Fontaine, Poortinga, Delbeke, Schwartz, 2008, s. 346); wartości są *reprezentacją poznawczą celów lub motywacji* (Bilsky, Schwartz, 1994, s. 164). Motywacja do realizacji działań według Schwartz i Bilsky'ego (1994) ma źródło w takich sferach jak: przyjemność, bezpieczeństwo, osiągnięcia, kierowanie sobą, ograniczanie siebie i konformizm, dojrzałość (uniwersalizm), prospołeczność. Zmodyfikowana wersja teorii Schwartz uwzględnia dodatkowo nowe typy wartości, jak tradycja, stymulacja i władza (Brzozowski, 2002).

Koncepcja Schwartz (2006) proponuje 10 typów uniwersalnych wartości podstawowych:

- *przystosowanie* (ograniczanie własnych dążeń i działań, które mogłyby szkodzić innym lub naruszyć społeczne normy, posłuszeństwo, samodyscyplina, szacunek wobec starszych); nieprzystosowanie (nonkonformizm) prowadzi do zakłóceń w interakcjach międzyludzkich, pożądane jest zatem ograniczanie w codziennych interakcjach nieakceptowanych skłonności,
- *tradycja* (akceptacja i szacunek wobec rytuałów i idei własnej kultury lub religii), wartości tradycji mają motywować ludzi do respektowania i akceptacji obyczajów związanych z daną kulturą czy religią,
- *życzliwość* (troska o dobro najbliższych, rodziny, przyjaciół, znajomych, przyjaźń, miłość); wartości te Schwartz wywodzi z potrzeby afiliacji oraz z potrzeby pozytywnych interakcji z innymi ludźmi,
- *uniwersalizm* (troska o dobro wszystkich ludzi, dbałość o ochronę środowiska, sprawiedliwość, mądrość, pokój); wartości uniwersalizmu motywują ludzi do tolerancji i zabiegania o pomyślność wszystkich ludzi oraz do troski o naturę; uniwersalizm kontrastuje z życzliwością obejmującą tylko najbliższe otoczenie jednostki,
- *kierowanie sobą* (niezależność w myśleniu i działaniu, kreatywność, wolność, autonomiczne wybieranie własnych celów); motywuje potrzeba autonomii oraz potrzeba niezależności w kontaktach międzyludzkich,
- *stymulacja* (poszukiwanie nowości, dążenie do ekscytującego i urozmaiconego życia); zapotrzebowanie na stymulację służy utrzymaniu optymalnego poziomu pobudzenia; ludzie zorientowani na stymulację są motywowani do poszukiwania wyzwań stawianych przez życie,

- *hedonizm* (dążenie do przyjemności, zaspokajanie własnych – przede wszystkim organicznych – potrzeb); wartości, które odpowiadają tym potrzebom to przyjemność oraz cieszenie się życiem,
- *osiągnięcia* (osobisty sukces, osiągnięty poprzez demonstrację kompetencji, zgodnie ze społecznymi standardami); wartość ta jest związana ze sferą osobistych sukcesów, które pojawiają się wówczas, gdy jednostka postępuje zgodnie ze społecznie akceptowanymi normami,
- *władza* (status i prestiż społeczny, kontrola i dominacja nad innymi ludźmi oraz zasobami); sprawowanie władzy przez jednostki ma na celu osiągnięcie pozycji społecznej oraz kontrolowanie ludzi i zasobów stanowiących o bogactwie; wartości władzy to autorytet, uznanie społeczne czy bogactwo,
- *bezpieczeństwo* (harmonia, porządek społeczny, bezpieczeństwo osobiste oraz rodziny, bezpieczeństwo narodowe); motywacja leżąca u podstaw tej wartości to osobiste poczucie bezpieczeństwa oraz harmonia i stabilność relacji społecznych (Cieciuch, 2010; Brzozowski, 2002).

Schwartz (1992) poklasyfikował dodatkowo kategorie wartości na dwa wymiary z czterema odpowiadającymi im biegunami: 1) *przekraczanie ja – umacnianie ja* oraz 2) *otwartość na zmiany – zachowawczość*. Na *przekraczanie ja* składają się kategorie uniwersalizmu i życzliwości, natomiast *umacnianie ja* łączy ze sobą wartości osiągnięć, hedonizmu i władzy. *Otwartość na zmiany* wyraża się poprzez wartości kierowania sobą i stymulacji, a z kolei *zachowawczość* tworzą wartości tradycji, bezpieczeństwa i przystosowania. Wartości *przekraczania siebie* i *zachowawczości* formują obszar wartości skoncentrowanych na innych ludziach, natomiast wartości *umacniania siebie* i *otwartości* stanowią obszar wartości skoncentrowanych na sobie. Dodatkowo wartości *otwartości* i *przekraczania siebie* stanowią obszar wartości wzrostu, wolnych od lęku, a z kolei wartości *umacniania siebie* i *zachowawczości* tworzą wartości unikania lęku i zagrożenia oraz ochrony siebie. Wyłaniają się także dwa inne wymiary motywacyjne, które organizują układ wartości: koncentracja na sobie versus koncentracja na innych oraz ochrona siebie versus wzrost. W tym ujęciu wartości *przekraczania siebie* są motywowane wzrostem i koncentracją na innych, a wartości *otwartości* – motywowane są wzrostem i koncentracją na sobie. Podobnie wartości *umacniania siebie* motywowane są koncentracją na sobie, lecz w znaczeniu ochrony siebie. Z kolei wartości *zachowawczości* także motywuje ochrona siebie, natomiast koncentracja na innych (Cieciuch, 2013, Schwartz i in., 2012).

Schwartz (2006) wykazał, że wraz z wiekiem rośnie preferencja tradycji, konformizmu, bezpieczeństwa, natomiast zmniejsza się preferencja hedonizmu, stymulacji i kierowania sobą. Ponadto wraz z wiekiem rośnie preferencja życzliwości i uniwersalizmu oraz zmniejsza się preferencja władzy i osiągnięć, ponieważ ludzie zakładają rodziny i zdobywają pozycję zawodową co sprawia, że ich własne dążenia absorbują ich coraz mniej (Cieciuch, 2013; Schwartz, 2006).

W niniejszej pracy autorka zdecydowała się uwzględnić dwa wymiary wartości z czterema odpowiadającymi im biegunami: 1) *przekraczanie ja – umacnianie ja* oraz 2) *otwartość na zmiany – zachowawczość*.

2.4. Styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych

Styl radzenia sobie ze stresem ma charakter dyspozycji i jest definiowany jako względnie stała tendencja do stosowania w różnych sytuacjach stresowych sposobów radzenia sobie charakterystycznych dla danej jednostki, w celu usunięcia lub zredukowania stresu. Pojęcie to odnoszone jest do względnie stałych różnic indywidualnych, które wyznaczają przebieg radzenia sobie i posiada status zmiennej osobowościowej – trwałej dyspozycji człowieka. Właściwością stylu radzenia sobie jest elastyczność – dostosowanie zachowania do wymogów sytuacji (Heszen, 2014; Heszen-Niejodek, 2007; Poprawa 2001; Wrześniewski, 1996, 2007).

Każda jednostka dysponuje charakterystycznym dla niej stylem radzenia sobie, na którego kształtowanie się ma wpływ przede wszystkim jej osobowość i temperament (Strelau, 1996). N.S. Endler i J.D.A. Parker (1990, 1994) wyróżnili trzy główne style radzenia sobie ze stresem: 1) *Styl skoncentrowany na zadaniu* - określa tendencję do podejmowania wysiłków prowadzących do rozwiązania problemu poprzez próby zmiany sytuacji lub przekształcenia poznawcze. Styl ten polega na poszukiwaniu, przetwarzaniu oraz wykorzystywaniu informacji o wydarzeniu stresowym. 2) *Styl skoncentrowany na emocjach* – wykazywana w sytuacjach stresowych tendencja do koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych oraz do fantazjowania i myślenia życzeniowego, co ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Działania te mogą jednak zwiększać poczucie stresu i powodować przygnębienie. 3) *Styl skoncentrowany na unikaniu* – polega na braku działań zaradczych ze strony jednostki. Styl ten jest charakterystyczny dla osób wykazujących tendencję do odrzucania, pomijania, wypierania i zaprzeczania informacjom o wydarzeniu stresowym.

Może on przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Pierwsza forma polega na angażowaniu się w bezstresowe aktywności lub podejmowaniu nowych zadań w obliczu stresu, co skutkuje na przykład brakiem czasu na podjęcie leczenia, pomimo oznak choroby. Natomiast poszukiwanie kontaktów towarzyskich, poprzez intensyfikację kontaktów z innymi ludźmi, skutkuje uzyskiwaniem wsparcia społecznego (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013; Heszen-Niejodek, 2000; Endler, Parker, 1994).

Za najefektywniejszy uważa się styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem, czyli poprzez rozwiązywanie problemu (Wrześniewski, 2007; Endler, Parker, 1994). Na zadaniowe zachowania składają się strategie poznawcze, umożliwiające uzyskiwanie informacji o chorobie oraz strategie behawioralne, czyli czynności zmierzające do poprawy stanu zdrowia. Z kolei w ramach stylu unikowego wyodrębnia się ignorowanie i zniekształcanie informacji o zagrożeniu oraz unikanie poprzez podejmowanie czynności odwracających uwagę od stresora (Heszen, 2014).

Badania wykazały, że u kobiet radzących sobie unikowo istotnie niższe jest natężenie poziomu preferencji strategii skoncentrowanej na emocjach i ich wyładowaniu, w porównaniu do kobiet radzących sobie aktywnie, u których jest ona w wysokiej dyspozycji (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2010; Deisinger, Cassisi, Whitaker, 2003; Leong, Bonz, Zachar, 1997).

Z badań I. Jelonkiewicz i K. Kosińskiej-Dec (2001) wynika, że kobiety częściej niż mężczyźni deklarują stosowanie stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach lub unikaniu. Wyniki te są zbieżne z badaniami przeprowadzonymi przez N. Endlera i J. Parkera (1990), które wykazały, że kobiety w większym stopniu stosują styl skoncentrowany na emocjach oraz unikaniu. Wykazano, że pomimo, iż stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach ma na celu obniżenie napięcia emocjonalnego, może także doprowadzić do wystąpienia objawów depresyjnych. W grupie badanych kobiet styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu nie implikuje natomiast pojawienia się objawów depresyjnych. U badanych kobiet nie stwierdzono interakcji pomiędzy stylem zorientowanym na zadanie a depresją (Terelak, 2008; Jelonkiewicz, Kosińska-Dec, 2001; Endler, Parker, 1990). Można zatem przypuszczać, że styl skoncentrowany na emocjach w większym stopniu wyjaśnia natężenie objawów depresyjnych u kobiet w porównaniu do stylu skoncentrowanego na zadaniu.

Badania innych autorów również wykazały związek pomiędzy doświadczaniem depresji i stresu przez jednostkę a jej radzeniem sobie. Udowodniono, że wykorzystywanie

ekspresji emocjonalnej jako strategii radzenia sobie przez kobiety może zmniejszać ryzyko dużej depresji. Radzenie sobie kobiet poprzez modlitwę oraz rozmowę z innymi ludźmi na temat swojej sytuacji trudnej zmniejsza ryzyko ciężkiej depresji (Mao, Bardwell, Major, Dimsdale, 2003; Wang, Patten, 2002). Wykazano także zależność pomiędzy tendencją do posługiwania się stylem skoncentrowanym na emocjach a gotowością do korzystania ze wsparcia emocjonalnego oraz pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a gotowością do korzystania ze wsparcia informacyjnego (Włodarczyk, 1999).

J. Strelau wraz ze współpracownikami (2009) wykazał w badaniach, że styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach koreluje dodatnio z lękiem, natomiast ujemna korelacja występuje pomiędzy lękiem a stylem skoncentrowanym na zadaniu. Z kolei wysoki poziom lęku nie sprzyja radzeniu sobie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013).

Badania D. Włodarczyk (1999) ujawniły, że w przypadku osób chorych, sytuacja utraty zdrowia (jako wartości nadrzędnej) wpływa na wybór stylu skoncentrowanego na zadaniu, jeśli chory posiada rozbudowaną sieć osób udzielających wsparcia oraz gdy poziom satysfakcji z otrzymywanego wsparcia jest wysoki i bardzo wysoki. Jeżeli natomiast wielkość sieci społecznej jest mała lub bardzo mała, a poziom odczuwanego zadowolenia z udzielonej pomocy jest niski i bardzo niski, osoby chore skłaniają się do wyboru stylu unikowego (Terelak, 2008; Włodarczyk, 1999).

Według literatury zadaniowe style radzenia sobie w sytuacji stresowej mogą być preferowane przez osoby o wysokiej samoocenie, ponieważ dzięki uporządkowanej wiedzy o sobie mogą one trafnie oceniać swoje możliwości radzenia sobie (Doliński, 2001; Grzegołowska-Klarkowska, 2001; Lachowicz-Tabaczek, 2001). Wyniki badania A. Hys i A. Nieznańskiej (2001) wskazują, że ze stylem zorientowanym na działanie koreluje wyższy poziom samooceny. Osoby, które oceniają siebie pozytywnie, wykazują skłonność do realizowania zadania pomimo stresu – koncentrują się na problemie. Osoby o wysokiej samoocenie radzą sobie w sposób aktywny, związany z planowaniem. Z kolei osoby oceniające siebie bardziej negatywnie są skoncentrowane przede wszystkim na sobie i na zmaganiu się z przykrymi emocjami wywołanymi stresującą sytuacją, niż na jej rozwiązaniu czy realizacji wyznaczonego celu. Badania ujawniły także, iż samoocena dodatnio koreluje ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – im wyższa, tym wyższy jest wynik w skali badającej dany styl radzenia sobie. Osoby, których poziom samooceny jest wysoki, łatwiej nawiązują kontakty interpersonalne w porównaniu do

osób z niższą samooceną. Według badania McCall i Struthers (1994) osoby o niskiej samoocenie częściej stosują unikanie, niż osoby o samoocenie wysokiej. Ponadto, kobiety częściej niż mężczyźni odwołują się do wsparcia społecznego jako sposobu radzenia sobie ze stresem.

Wśród literatury oraz badań pojawiają się także wnioski dotyczące relacji pomiędzy radzeniem sobie ze stresem a poczuciem sensu życia. Dotyczą między innymi psychologicznych skutków obniżonego sensu życia. Według K. Popielskiego (1994) poczucie sensu życia podtrzymuje motywację jednostki, jej siłę do życia i dążenia, natomiast jego brak powoduje frustrację egzystencjalną, o której może świadczyć depresja, izolacja, ucieczka od życia. Zdaniem K. Obuchowskiego (2000) sens życia jest podstawową siłą motywacyjną i pomaga ustalać priorytety, natomiast brak sensu znacząco demobilizuje jednostkę oraz powoduje wewnętrzne napięcia i poczucie beznadziejności. Ludzie o wysokim poziomie sensowności poszukują sensu i podejmują wysiłek radzenia sobie z problemami, co oznacza mobilizację do aktywności oraz uruchomienie zasobów (Sęk, Pasikowski, 2001). Zwrócono uwagę, że zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem jest pozytywnie skorelowany z poczuciem sensu życia. Im poczucie sensu jest wyższe, tym lepsze jest radzenie sobie ze stresem, a osoby preferujące styl zadaniowy mają wyższe poczucie sensu życia (Terelak, 2008; Jaworski, 2004; Ostrowski, 2002). Podobny związek odnotowano pomiędzy stylami radzenia sobie i optymizmem: optymiści częściej wybierają styl radzenia sobie zorientowany na zadanie, natomiast pesymiści w sytuacji trudnej częściej stosują styl skoncentrowany na emocjach (Carver, Scheier, 2007; Riolli, Savicki, 2003; Strutton, Lumpkin, 1994).

2.5. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne traktowane jest jako zmienna pośrednicząca między stresującymi wydarzeniami życiowymi a sposobami radzenia sobie ze stresem. Istnieją różne definicje wsparcia społecznego. Jest ono traktowane jako zasoby dostarczane człowiekowi poprzez interakcję z innymi ludźmi czy pomoc, która jest dostępna dla osoby w sytuacjach trudnych, jako wynik przynależności człowieka do społeczeństwa, a także jako zaspokojenie potrzeb w sytuacjach trudnych przez osoby znaczące. Wsparcie społeczne rozumiane jest również jako ogólna percepcja dostępności innych ludzi (sposstrzegane wsparcie społeczne) oraz chęć dostarczenia pomocy ze strony innych w przypadku takiej potrzeby (Pierce, Sarason, Sarason, 1996).

W podejściu strukturalnym istotne są relacje pomiędzy jednostką a jej otoczeniem społecznym, które można mierzyć i oceniać. W modelu funkcjonalnym wsparcie to zasoby dostarczane przez innych ludzi i pomagające jednostce w sytuacjach trudnych. Natomiast podejście percepcyjne to subiektywna ocena jakości wsparcia otrzymanego od innych oraz poczucie bycia wspieranym (Juczyński, 2014). Wyróżnia się kilka rodzajów wsparcia. *Wsparcie emocjonalne* – polega na przekazywaniu emocji uspokajających, podtrzymujących, będących przejawem pozytywnego ustosunkowania do osoby wspieranej oraz troski o nią. Ten rodzaj wsparcia pozwala osobom cierpiącym uwolnić się od napięć i negatywnych uczuć, jak również wyrazić swoje obawy, lęki czy smutek. Wpływa to na samopoczucie osoby wspieranej, ale także na poprawę jej samooceny. Jest to rodzaj wsparcia, który najczęściej występuje w sytuacjach trudnych. *Wsparcie informacyjne* – jest to przekazywanie oraz wymiana informacji w toku interakcji, a także udzielanie rad sprzyjających lepszemu zrozumieniu własnego położenia życiowego czy problemów. *Wsparcie instrumentalne* – polega na udzielaniu bezpośredniej pomocy pod postacią usług, pożyczek, ale także jest to *forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych* i udzielanie informacji o konkretnych sposobach postępowania. *Wsparcie duchowe* – związane jest z krytycznymi sytuacjami żywotnymi, takimi jak nieuleczalna choroba, stany terminalne, w których pomoc wobec cierpienia i bólu duchowego związana jest z sensem życia i śmierci (Sęk, Cieślak, 2018, s. 18-19; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Cieślak, 1995).

Obiektywnie istniejące sieci wsparcia, będące jego źródłem, można nazwać **zasobami wsparcia społecznego** (Sęk, Cieślak, 2018; Heszen, Sęk, 2012). Wsparcie społeczne należy do zasobów, które wraz z czynnikami poznawczymi determinują zachowania jednostki (Bandura, 2001). Analizując wsparcie społeczne w charakterze zasobów osobistych, istotne jest uwzględnienie zróżnicowania w zakresie indywidualnych cech jednostki, takich jak potrzeba zależności, autonomii czy poczucie zlokalizowania kontroli. Wpływają one na poziom indywidualnego zapotrzebowania osoby na wsparcie społeczne (Włodarczyk, 1999; Pierce, Sarason, Sarason, 1996).

Obok pozytywnej wartości wsparcia społecznego zwraca się uwagę na jego negatywną rolę. Jeden z poglądów stanowi *konceptcja wyuczonej bezradności*, wprowadzona przez M.E.P. Seligmana (1993, 2016). Nadmierne korzystanie z pomocy innych ludzi, dające początkowo poczucie bezpieczeństwa i wsparcie w sytuacjach stresowych, zaczyna z czasem zagrażać autonomii człowieka i może prowadzić do uzależnienia od innych osób. Jeżeli w sytuacjach trudnych jednostka bardziej liczy na pomoc i wsparcie innych niż na własne

twórcze rozwiązanie problemu, będzie to wskazywało na wyuczoną bezradność. Jest ona zespołem objawów zaburzeń: poznawczych (trudność w uczeniu się zależności pomiędzy zachowaniem a jego wynikiem), motywacyjnych (bierność i spadek motywacji do tworzenia nowych reakcji) oraz emocjonalnych (lęk, wrogość, poczucie beznadziejności, obniżenie nastroju). Przekonanie o własnej nieskuteczności w radzeniu sobie ze stresem wiąże się najczęściej z wcześniejszymi doświadczeniami długotrwałego braku osiągnięć czy wydarzeniami losowymi o nagłym charakterze (np. śmierć bliskiej osoby) i braku nad nimi kontroli. W obronie przed dalszym obniżaniem się samooceny jednostka nie podejmuje twórczego wysiłku i ponownie poszukuje wsparcia społecznego. Pasywność i nasilone objawy lęku wynikające z wyuczonej bezradności mogą przypominać objawy depresji (Maier, Seligman, 2016; Peterson, Maier, Seligman, 1993).

Kobiety mają większe zapotrzebowanie na wsparcie społeczne (Makowska, 1996). Wobec tego mogą wykorzystywać kontakty z innymi ludźmi w celu uzyskiwania wsparcia. Kontakt z innymi osobami pozwala przeformułować ocenę swojej sytuacji stresowej, czy też zobaczyć możliwości poradzenia sobie w innym świetle. Kontakty społeczne dodatkowo umożliwiają kobietom uzyskanie u innych ludzi aprobaty własnych wyborów oraz ułatwiają podejmowanie decyzji. To w jaki sposób kobieta będzie spostrzegała dostępną sieć wsparcia społecznego i jak będzie z niej korzystała zależy od jej zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem (Antonovsky, 2005).

Kontakty społeczne dają poczucie, że życie jest przewidywalne, wzmacniają poczucie bezpieczeństwa, a także dostarczają pozytywnych doświadczeń. Buforowy model wsparcia społecznego koncentruje się natomiast na aspektach wsparcia pełniących rolę bufora chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu. W sytuacji trudnej, krytycznej, posiadanie i spostrzeganie wsparcia powinno działać jak bufor, obniżając napięcie i poczucie zagrożenia skutkami stresu. Buforowy wpływ wsparcia społecznego polega także na wzroście poczucia własnej skuteczności, zwiększeniu wglądu we własne możliwości oraz na zmianie oceny dotyczącej własnych kompetencji (Bishop, 2007; Schulz, Schwarzer, 2004).

Wsparcie społeczne jest ponadto ważnym czynnikiem determinującym wysokie lub niskie poczucie własnej skuteczności. Wsparcie społeczne nie wpływa bezpośrednio na zdrowie psychiczne. Zmniejsza natomiast ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych działając jako bariera, gdy osoba jest narażona na stres (Dalgard, Bjørk, Tambs, 1995). Wsparcie społeczne w obliczu sytuacji stresowych pełni znaczącą rolę w kształtowaniu psychofizycznej kondycji człowieka. Wsparcie społeczne może mieć działanie buforowe na

zdrowie człowieka poprzez modyfikowanie sposobów radzenia sobie ze stresem lub też wpływając bezpośrednio na stresory. Prozdrowotna funkcja wsparcia wiąże się z mniejszym narażeniem osób posiadających wysokie wsparcie społeczne na przeżywanie sytuacji trudnych. Z kolei brak wsparcia i towarzyszące mu poczucie samotności są związane ze zwiększonym ryzykiem śmierci jednostki (Wojtyna, Dosiak, Życińska, 2007; Piwoński, Piwońska, Głuszek, Bielecki, Pająk, Kozakiewicz, Wyrzykowski, Rywik, 2005; Alpass, Neville, 2003; Schwarzer, Leppin, 1991; Pommersbach, 1988). Wyniki przeprowadzanych badań jednoznacznie wykazują, że pojawienie się zdarzeń o negatywnym znaczeniu, jak na przykład zmiana życiowa, wytwarza u jednostki mniej niekorzystnych napięć, jeżeli dysponuje ona systemem społecznego wsparcia, niż w przypadku jego braku (Cohen, 2004; Knoll, Schwarzer, 2004; Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986).

Schaefer (za: Nowakowski, 2004; Pommersbach, 1988), analizując związki między wsparciem ilościowym a jakościowym, stwierdził, że istnieje pozytywny związek pomiędzy subiektywnymi ocenami wsparcia społecznego a zdrowiem. Nie odnotowano jednakże takiego związku w odniesieniu do miar ilościowych wsparcia, jak częstość kontaktów społecznych czy czas ich trwania. Wskaźniki takie zwykle nie informują o poziomie wsparcia społecznego, zatem trudno określić ich optymalny poziom dla konkretnej osoby.

Zarówno zbyt niskie, jak i zbyt duże nasilenie kontaktów może być traktowane jako stresor. Ograniczone, znikome kontakty społeczne są jednym z przejawów społecznej izolacji. Towarzyszy jej osamotnienie, konieczność samodzielnego zmagania się z trudnościami oraz poczucie zagrożenia. Z kolei człowiek posiadający rozległe kontakty społeczne jest narażony na doświadczanie nadmiernego uzależnienia od otoczenia, nadmiernej kontroli oraz na przeciążenie spowodowane dużą liczbą kontaktów z ludźmi. Wpływ wsparcia społecznego może się zatem okazać zarówno pozytywny, czyli sprzyjający leczeniu, podejmowaniu zachowań prozdrowotnych i szybszemu powrotowi do zdrowia, jak również niekorzystny, a więc wzmacniający postawy lękowe, bierność i wycofywanie się z dotychczasowych form aktywności życiowej, a tym samym blokujący zachowania prozdrowotne (Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986; Jarosz, 1978).

Procesy wsparcia społecznego zachodzą w układzie wzajemnych interakcji pomiędzy jednostką a jej otoczeniem społecznym, w którym obydwie strony mogą być stronami aktywnymi (Włodarczyk, 1999, s. 96). Osoba, która potrzebuje wsparcia zazwyczaj kształtuje swoje otoczenie tak, aby w razie zaistnienia sytuacji trudnej móc odnaleźć w nim właściwe osoby wspierające, natomiast aktywnie unikać pewnych grup wsparcia (Włodarczyk, 1999;

Sęk, 1986). *O skuteczności wsparcia społecznego decyduje odpowiedniość między rodzajem udzielanego wsparcia a potrzebami odbiorcy* (Włodarczyk, 1999, s. 97).

W niniejszej pracy, jako źródło potencjalnego wsparcia dla kobiet cierpiących na depresję, uwzględniono sytuację rodzinną pacjentek wraz z posiadaniem dorosłych dzieci. Przyjęto, że dzieci w wieku od 22 r.ż. mogą stanowić dla badanych źródło wsparcia za D. Levinsonem (1986), według którego od 22 do 28 roku życia młody człowiek wchodzi w fazę debiutu w świecie dorosłych. Istotna jest wówczas współpraca pomiędzy wartościami „ja” a społecznością dorosłych. Młody dorosły powinien eksplorować swoje możliwości, unikać silnych zobowiązań oraz znajdować alternatywne rozwiązania. Ważne jest również stworzenie stabilnej struktury życia. Młoda osoba jest już zazwyczaj zdystansowana od rodzicielskiego autorytetu oraz wsparcia (Levinson, 1986).

3. Zdrowienie jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka w procesie radzenia sobie z chorobą

Według podejścia A. Antonovsky’ego (2005) zdrowie jest krańcem kontinuum, którego drugim krańcem jest choroba. Zdrowie w tym ujęciu jest procesem przemieszczania się na kontinuum i nie jest zasobem stałym. Na przebieg tego procesu wpływa dostępność genetycznych i psychospołecznych **zasobów odpornościowych jednostki**, które obejmują: poziom wsparcia społecznego, strategie radzenia sobie, zaangażowanie i spójność Ja. Proces zdrowia ma określony przebieg w czasie, zmienia się w odpowiedzi na wymagania zewnętrzne, jak i wewnętrzne oraz jest adaptacyjny wobec tych wymagań. Choroba następuje wtedy, gdy jednostce brakuje energii czy umiejętności, aby sprostać wymaganiom, zachowując poczucie równowagi (Antonovsky, 2005).

W innym klasycznym ujęciu zdrowia (WHO) jest ono ujmowane jako dobrostan biopsychospołeczny. Z kolei Z. Słońska i M. Misiuna (1993, s.68) definiują zdrowie jako *poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych, społecznych możliwości, jak i pozytywnego reagowania na wyzwania środowiska*. Zdrowie jest w tym ujęciu zasobem oraz środkiem umożliwiającym adaptacyjne funkcjonowanie. W psychologii ogólnej zdrowie rozumiane jest jako jedna z wartości – wartość pozytywna, do której człowiek dąży. Choroba jest natomiast wartością negatywną, unikaną przez człowieka (Heszen, Sęk, 2012). Według K. Obuchowskiego (2000) zdrowie

nie polega wyłącznie na braku objawów choroby, ale na zachowywaniu określonego dobrostanu.

Długotrwała choroba jest jednym z najistotniejszych źródeł stresu psychologicznego. Wiąże się ona z cierpieniem i pociąga za sobą zmiany we wszystkich ważnych dziedzinach życia człowieka. Oznacza często zasadniczą i niepomyślną zmianę w jego sytuacji (Heszen, Sęk, 2012). Choroba polega przede wszystkim na tym, że odchylenia funkcjonowania organizmu nie wracają do stanu poprzedniego, ale też wywołują nowe, negatywne zmiany na zasadzie *symptom rodzi symptom*. Choroba jest procesem, który rozwija się obejmując nowe obszary psychiki i działalności życiowej oraz pogarszając funkcjonowanie jednostki (Obuchowski, 2000).

Przyjmując rolę pacjenta, człowiek ma ograniczoną możliwość pełnienia dotychczasowych ról społecznych, zarówno rodzinnych, jak i zawodowych. Chory zmniejsza swoją aktywność zawodową, rezygnuje z niektórych planów, pogarsza się jego sytuacja materialna. Choroba może stać się także przyczyną rozpadu więzi rodzinnych. Powikłania depresji stanowią źródło zakłóceń życia rodzinnego, społecznego i zawodowego w życiu pacjentów (Brodniak, 2000; Loo, Gallarda, 1999).

Zdrowienie jest doświadczeniem, które zachodzi w człowieku od wewnątrz. Wspieranie w procesie zdrowienia może stać się dużym wyzwaniem dla osób wspierających oraz dla samej osoby chorującej. Celem odzyskiwania zdrowia jest bowiem doświadczenie pełni swojego człowieczeństwa, a nie tylko wyleczenie z choroby. Ma to szczególne znaczenie wtedy, gdy długotrwale chorująca osoba przejawia brak nadziei dotyczącej możliwości zmiany, bierność i przystosowanie do rutyny przyjmowanej pomocy (Kabat-Zinn 2009).

Zdrowienie, czyli odzyskiwanie zdrowia można rozumieć nie tylko jako proces uzdrawiania z choroby i jej konsekwencji, ale także jako radzenie sobie z negatywnymi skutkami stosowanych metod leczniczych i ze społeczną stygmatyzacją ze względu na chorobę. Osoby, które doświadczyły choroby psychicznej, w swoich relacjach dotyczących choroby zwracają uwagę na proces, przez który przeszły. Po otrzymaniu diagnozy medycznej pojawiła się reakcja jej zaprzeczenia oraz oczekiwania, że wszystko wróci do normy - następnie poddanie się - wycofanie ze świata i aktywności - stępienie uczuć, poczucie desperacji - brak nadziei, do stopniowego odzyskiwania nadziei i odnajdywania sensu oraz akceptacji istniejącej sytuacji (Kabat-Zinn 2009; Segal, Williams, Teasdale, 2009).

Zadania adaptacyjne są ukierunkowane nie tylko na leczenie samej choroby, ale także na zmierzenie się z jej konsekwencjami. Sytuacja stresowa wyznacza dwa cele adaptacyjne: samoregulacji emocji oraz poprawy relacji zasobów w stosunku do wymagań. Funkcje radzenia sobie wiążą się z tymi celami, gdyż istotą sytuacji stresowej jest zakłócenie relacji wymagań w stosunku do możliwości (Heszen, Sęk, 2012).

Urealnienie priorytetów i związane z nim adaptacyjne przeformułowanie celów prowadzą do poprawy stanu emocjonalnego i stymulują instrumentalne radzenie sobie (zorientowane na problem). Sytuacja jest układem wartości i możliwości, które mogą być pozytywne bądź negatywne. Wartości pozytywne (jak zdrowie czy jego odzyskanie) stają się celami, do których człowiek dąży, natomiast negatywne wartości (np. choroba) pobudzają do unikania. Pozytywne możliwości warunkują osiągnięcie celu, z kolei negatywne utrudniają jego osiągnięcie. Zachowanie celowe zmierza do przekształcenia sytuacji początkowej w bardziej pożądaną czy wartościową sytuację końcową. Warunkiem podjęcia takich działań jest adekwatny obraz własnej choroby (Heszen, Sęk, 2007; Gałuszka, 2000).

Ważne znaczenie dla redukcji lub utrzymywania się objawów depresji mają takie czynniki, jak: stosowanie odpowiednich strategii radzenia sobie, poczucie własnej skuteczności, posiadanie wsparcia finansowego, skuteczność leków przeciwdepresyjnych oraz nasilenie depresji (Perraud, 2000).

3.1. Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie

Relację stresową definiuje się jako *zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między zasobami czy możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej* (Heszen, Sęk, 2012, s. 144; Heszen-Niejodek, 2007).

Teoria stresu psychologicznego R.S. Lazarusa i S. Folkman (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, 1986) ujmuje stres jako *określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi* (Lazarus, Folkman, 1984, s.19). Według Lazarusa i Folkman stres psychologiczny nie jest zlokalizowany w samej sytuacji, ani w osobie, pomimo że jest uwarunkowany przez cechy środowiska i przez właściwości człowieka znajdującego się w określonej sytuacji. Istotną rolę w powstawaniu stresu pełni subiektywna ocena sytuacji przez jednostkę, która w niej uczestniczy. W zależności od posiadanego wzorca percepcyjnego osoba będzie bardziej lub mniej podatna na powstawanie stresu. Osoby, które

posiadają deficyty w zakresie przetwarzania informacji emocjonalnych będą szczególnie predysponowane do przeżywania stresu. Zdolność do rozumienia emocji ułatwia rozpoznawanie przyczyn stresu i wywołanych nim emocji, natomiast zrozumienie sytuacji sprzyja poszukiwaniu sposobów radzenia sobie. W sytuacji stresu następuje konfrontacja posiadanych przez człowieka przekonań, wartości i umiejętności z wymaganiami czy ograniczeniami, jakie wnosi sytuacja. Relacja człowieka z otoczeniem określana jest mianem transakcji, ponieważ nie tylko otoczenie wpływa na osobę, ale również osoba wpływa na otoczenie. Relacja przebiega zatem w obu kierunkach, a oddziaływania są wzajemne (Maczak, Knopp, 2013; Terelak, 2008; Łosiak, 2007; Wrześniewski, 2007; Lyons, Schneider, 2005).

Transakcja stresowa obejmuje trzy procesy, takie jak: proces oceny poznawczej, proces oceny emocjonalnej oraz proces radzenia sobie. Między stresem a bezpośrednimi oraz odległymi jego skutkami zachodzą dwa rodzaje procesów pośredniczących: ocena poznawcza i radzenie sobie, czyli zmaganie się lub przezwyciężanie stresu. Ocena poznawcza zapoczątkowuje proces radzenia sobie i stanowi kryterium uznania sytuacji za stresową. Decyduje także o przebiegu radzenia sobie. Ocena poznawcza dzieli się na pierwotną oraz wtórną. Na ocenę pierwotną składa się percepcja oraz interpretacja sytuacji, w której znajduje się człowiek, na przykład czy jest ona zagrażająca, a także w jakim stopniu. Decyduje także o intensywności i rodzaju reakcji emocjonalnej. Ocenie pierwotnej towarzyszą na ogół silne, negatywne emocje (w przypadku oceny w kategoriach stresu), które energetyzują proces radzenia sobie (Heszen, Sęk, 2012; Terelak, 2008). Efektywność procesu radzenia sobie określa skuteczność kontroli emocji w jego przebiegu. Źródłem emocji jest zarówno proces radzenia sobie, jak i jego wynik. Emocje są wtórne w stosunku do oceny poznawczej, są jej rezultatem i stanowią rodzaj jej odzwierciedlenia – zmieniają się wraz z oceną, ale także zmieniają sposób postrzegania sytuacji. Jeżeli sytuacja zostanie oceniona jako stresująca, wówczas rozpoczyna się kolejny proces poznawczy – ocena wtórna, a także uruchomiony zostaje proces adaptacyjny – radzenie sobie. Przebieg procesu radzenia sobie ze stresem zależy od wtórnej oceny poznawczej, która odnosi się do źródeł stresu, posiadanych zasobów oraz dostępnych sposobów radzenia sobie. Oceny pierwotna i wtórna przebiegają w sprzężeniu ze sobą. Przykładowo, optymistyczna ocena możliwości swojego działania może wpłynąć na zmianę pierwotnej oceny sytuacji stresowej z zagrażającej na będącą wyzwaniem, natomiast ocena pesymistyczna – odwrotnie. Transakcja człowieka z otoczeniem podlega ocenie poznawczej (pierwotnej). Ocena dotyczy przede wszystkim elementów relacji

z otoczeniem, ważnych dla dobrostanu jednostki. Elementem oceny poznawczej, który przesądza o uznaniu sytuacji za stresującą jest poznawcze odzwierciedlenie zagrożenia dla dobrostanu (Heszen, 2014).

Badania Wrony-Polańskiej (2008) pokazały, że stres ma charakter subiektywny, potwierdzając teorię R.S. Lazarusa i S. Folkman (1984). Dopiero na podstawie oceny poznawczej, która określa poziom stresu, zadziała on mobilizująco lub destrukcyjnie – wówczas, gdy jednostce brakuje zasobów do poradzenia sobie ze stresem i nie udało jej się wypracować skutecznej strategii zaradczej. Sposób, w jaki jednostka doświadcza stresu oraz jak sobie z nim radzi zależy od jej zasobów osobistych (Wrona-Polańska, 2008, 2011; Sęk 2014).

Szczególnym rodzajem stresu jest stres spowodowany złym stanem zdrowia. Choroba wpływa na całokształt funkcjonowania człowieka i stawia przed nim wiele wyzwań, przede wszystkim o charakterze emocjonalnym. Konieczna jest również modyfikacja relacji interpersonalnych czy funkcjonowania zawodowego. Ograniczeniu ulega funkcjonowanie w życiu rodzinnym, często zachodzi potrzeba zmiany pełnionych ról. Osoba chora potrzebuje pomocy i troski, obciążające jest również prowadzone leczenie. Ponadto pogorszeniu może ulec sytuacja finansowa rodziny. Wszystko to sprawia, że choroba wiąże się z silnym stresem (Bishop, 2007; Heszen, Sęk, 2007). Sytuacja stresowa spowodowana przez chorobę może być odzwierciedlana w ocenie poznawczej jako: (1) *krzywda/strata* - odnosi się do szkody, która już powstała; (2) *zagrożenie* - dotyczy przewidywanych szkód, które mogą się pojawić; (3) *wyzwanie* - wskazuje na własną ocenę swoich możliwości zapanowania nad sytuacją. Każdej z ocen towarzyszą charakterystyczne emocje. Krzywda lub strata związana jest ze smutkiem, żalem i złością. Zagrożeniu towarzyszą emocje negatywne (strach, lęk, zmartwienie), podobnie jak wyzwaniu, któremu dodatkowo towarzyszą emocje pozytywne (podniecenie, nadzieja, zapal, radość) (Heszen, 2014, s. 259; Heszen, Sęk, 2012; Terelak, 2008).

Istnieje zależność pomiędzy stresem i depresją, gdyż stresujące okoliczności zwykle zawierają element straty, jak na przykład utrata bliskiej osoby, bezrobocie, przejście na emeryturę, przeprowadzka czy poród, operacja, przewlekła choroba. Jedną z najważniejszych psychologicznych przyczyn depresji jest utrata poczucia własnej wartości, które może być pomniejszone poprzez realne straty, jak rozwód czy utrata pracy, bądź straty symboliczne, jak utrata władzy, tożsamości. Istnieją także cechy osobowości, które sprzyjają wystąpieniu depresji w określonych okolicznościach stresujących. Szczególnie narażone są osoby

posiadające cechy obsesyjno-kompulsywne, perfekcjonistyczne, narcystyczne czy osobowość chwiejną emocjonalnie (Łosiak, 2007; Granet, Levinson, 2000).

R. S. Lazarus i S. Folkman (1984) określają radzenie sobie ze stresem jako *stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby* (Lazarus, Folkman, 1984, s. 141). W tym ujęciu radzenie sobie jest celowym wysiłkiem podjętym w wyniku oceny sytuacji jako stresującej i jest zorientowane na rozwiązanie problemu oraz łagodzenie negatywnych stanów emocjonalnych i obniżanie przykrego napięcia. Podejmowanie wysiłków w celu przewyciężenia stresu i aktywna postawa w jego obliczu są korzystniejsze dla adaptacji jednostki w porównaniu do niewielkiego zaangażowania w proces radzenia sobie czy rezygnacji z jego podjęcia (Heszen, 2014; Heszen-Niejodek, 2007).

Styl radzenia sobie jest definiowany jako *specyficzna dyspozycja warunkująca zachowanie się w sytuacjach stresowych i różnice między ludźmi dotyczące tego obszaru zachowania* (Heszen, 2014, s. 98). Pojęcie stylu radzenia sobie zakłada indywidualne zróżnicowanie dyspozycji, które determinują zachowanie (Carver, Scheier, Bridges, 1994; Endler, Parker, 1990). W ujęciu Wrześniewskiego (2007) styl radzenia sobie jest to charakterystyczny dla jednostki zbiór strategii radzenia sobie. Strategie stanowią formy zachowania nabytego, jednakże podłoże procesu uczenia się strategii stanowią czynniki wrodzone (Wrześniewski, 1996, 2007; Heszen-Niejodek, 2000). Według Poprawy (2011) *styl radzenia sobie jest przede wszystkim cechą podmiotu, stąd też o stylu świadczy indywidualna konfiguracja preferencji różnych strategii radzenia sobie* (Poprawa, 2011, s. 74).

Na bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem wpływa inteligencja emocjonalna. Osoby inteligentne emocjonalnie stosują zadaniowe strategie radzenia sobie, zorientowane na przewyciężanie trudności i problemów. Wybierają również strategie oparte na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, co jest adaptacyjne, gdyż zwiększa możliwości uzyskania wsparcia społecznego, z kolei kontakty z innymi ludźmi mogą obniżać emocjonalne napięcie. Inteligencja emocjonalna wiąże się natomiast ujemnie z unikaniem problemów poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Osoby o niższym poziomie zdolności emocjonalnych przejawiają także tendencję do koncentrowania się na swoich negatywnych stanach emocjonalnych, co może prowadzić do wzrostu napięcia emocjonalnego (Jaworowska, Matczak, 2008).

Koncepcje emocji wskazują, że obniżenie poziomu emocji negatywnych nie doprowadza samoistnie do wzrostu emocji pozytywnych. W klasycznym modelu Lazarusa i Folkman (1984) radzenie sobie zorientowane na emocje miało służyć redukcji emocji negatywnych. Folkman (2000) wykazała jednak, iż w sytuacji stresu można generować także emocje pozytywne, poprzez stosowanie strategii skoncentrowanych na znaczeniu. Jej zdaniem emocje pozytywne i negatywne współwystępują w stresie (Heszen, 2014).

W radzeniu sobie z chorobą inteligencja emocjonalna również ma istotne znaczenie, wpływa na ocenę poznawczą stanu własnego zdrowia dokonywaną przez pacjenta oraz na radzenie sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi generowanymi przez chorobę, jak: przygnębienie, smutek, lęk, niepokój, żal czy gniew. Emocje pełnią rolę czynnika pobudzającego do instrumentalnego (zorientowanego na problem) radzenia sobie z chorobą. Przykładowo średni poziom lęku sprzyja angażowaniu się w aktywność zmierzającą do poprawy stanu zdrowia bardziej niż poziom niski i wysoki. Jeden z najistotniejszych komponentów inteligencji emocjonalnej – zdolność regulacji emocjonalnej – może z kolei przyczyniać się do adaptacyjnej funkcji emocji pozytywnych u osób chorych, jak nadzieja czy zapał, poprzez zwiększanie pobudzenia mobilizującego do działania (Hamilton-West, 2011; Heszen, Sęk, 2007; Salmon, 2002; Heszen-Niejodek, 1995).

Radzenie sobie podejmowane w obliczu choroby połączone jest na zasadzie sprzężenia zwrotnego ze stanem zdrowia. Ważnym czynnikiem w efektywności radzenia sobie z chorobą jest indywidualny styl radzenia sobie, a także postawa wobec informacji o zagrożeniu. **Efektywność** stanowi rezultat podjętych działań, definiowany relacją efektów uzyskanych w stosunku do poniesionych nakładów. Ocena efektywności jest dokonywana w przebiegu badań obserwacyjnych. Przeciwna do instrumentalnej funkcji radzenia sobie jest reakcja zaprzeczania chorobie, czyli nieprzyjmowanie do wiadomości faktu zachorowania czy też konsekwencji choroby, pomimo intelektualnych możliwości wykorzystania dostępnych informacji. Chorzy, nie mając świadomości choroby, nie angażują się w działania na rzecz odzyskania zdrowia (Heszen, Sęk, 2012; OTM 2009). Inną formą radzenia sobie z emocjami towarzyszącymi chorobie jest adaptacja poznawcza do choroby, dotycząca poszukiwania znaczenia, odzyskiwania poczucia kontroli oraz poczucia własnej wartości. Ekspresja doświadczanych emocji jest kolejną strategią i ma na celu bezpośrednie rozładowanie emocji oraz obniżenie napięcia emocjonalnego, jednakże tylko wówczas, gdy ekspresja jest zgodna ze społecznymi normami. Jeżeli chory nie zapanuje nad ujawnianiem emocji otoczeniu, ekspresja może przyczynić się do podwyższenia napięcia emocjonalnego,

wywołując poczucie winy czy wstydu. Istotne są zatem zdolności odpowiedniego wyrażania doświadczanych emocji oraz ich rozumienia, należące do komponentów inteligencji emocjonalnej. Proces emocjonalny stanowi składową konfrontacji stresowej. Sprawne przetwarzanie informacji emocjonalnych przyczynia się do wyboru efektywnych strategii radzenia sobie (Heszen-Niejodek, 2007).

Obok radzenia sobie z emocjami, u chorych ważne są również zachowania instrumentalne, gdyż mają charakter adaptacyjny. Należą do nich strategie poznawcze, jak kształtowanie obrazu choroby, uzyskiwanie informacji na jej temat, a także strategie behawioralne, czyli np. regularne zażywanie leków, wykonywanie zaleceń lekarskich, co składa się na czynności zmierzające do poprawy stanu zdrowia. Nieumiejętność poradzenia sobie z emocjami wywołanymi chorobą może jednak dezorganizować aktywność zadaniową. Czynnikiem sprzyjającym radzeniu sobie z emocjami jest wysoka inteligencja emocjonalna (Maczak, Knopp, 2013).

W sytuacjach długotrwałego stresu proces radzenia sobie może jednak prowadzić do wyczerpywania się zasobów osobistych posiadanych przez jednostkę (Rodin, Salovey, 1997).

3.2. Wskaźniki zdrowienia u pacjentów depresyjnych

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje wyzdrowienie jako *całkowity powrót do zdrowia (dobre samopoczucie fizyczne i duchowe) po krótszym lub dłuższym okresie choroby, podczas której samopoczucie było złe*, a wyleczenie uważane jest za stan stabilny. W przypadku depresji ryzyko nawrotów podkreśla nietrwały charakter uzyskanej równowagi, więc w procesie leczenia uwzględnia się zapobieganie nawrotom (Loo, Gallarda, 1999, s. 91).

Kliniczne i biologiczne obiektywne kryteria wyzdrowienia po epizodzie depresji są trudne do zdefiniowania. Lekarz dokonuje subiektywnej oceny symptomów stwierdzonych u pacjenta zarówno przed, jak i po rozpoczęciu leczenia przeciwdepresyjnego. **Wyleczenie opiera się na ocenie liczby i intensywności objawów w stosunku do obrazu początkowego (np. zanik myśli samobójczych, poprawa jakości snu i zdolności intelektualnych, zmniejszenie cierpień duchowych, ożywienie kontaktów interpersonalnych), a także na subiektywnym odczuciu pacjenta czy czuje się wyleczony oraz jakości jego ponownego włączenia się w życie.** Może być brana pod uwagę opinia otoczenia pacjenta, jednak powinna być oceniana krytycznie ze względu na możliwe poczucie winy czy reakcję odrzucenia. Liczne kwestionariusze lub listy symptomów i skale oceny oznak choroby pozwalają określić

głębokość depresji oraz obserwować jej ewolucję pod wpływem leczenia. Istnieją czynniki, które mogą być przyczyną nieskuteczności zastosowanego leczenia: przyczyny organiczne, niekorzystne warunki życiowe oraz połączone z nimi zaburzenia osobowości. U 10% chorych przyczyną odporności na leki jest ukryta choroba nowotworowa. Niekorzystne warunki życiowe, jak samotność, konflikty małżeńskie, bezrobocie, żałoba lub choroba bliskiej osoby sprzyjają wystąpieniu depresji, a także powodują trudności w jej leczeniu. Patologiczne rysy osobowości stanowią źródło cierpienia chorego, np. nadmierna zależność, nadwrażliwość na opinie innych, chroniczne uczucie nudy czy występowanie skrajnych postaw idealizacji i dewaloryzacji w relacjach z innymi (Loo, Gallarda, 1999).

Według K. Obuchowskiego (2000) wskaźnikiem zdrowia człowieka jest jego rozwój, natomiast zdolność do rozwoju jest właściwością osobowości człowieka. Trwała rozpacz (np. na skutek doznanej straty) powoduje utratę zdolności do rozwoju i sprzyja nowym przejawom negatywnego funkcjonowania. *Zdolność do kontrolowania samego siebie wynika z uzyskania dystansu psychicznego wobec takich właściwości psychicznych, jak lęk, miłość czy wina, które mogłyby kontrolować nas poza intelektualnymi przestankami i modyfikować nasze zachowanie w sposób niezgodny z naszymi intencjami* (Obuchowski, 2000, s. 93-94).

Odzyskiwanie zdrowia według osób, które pokonały chorobę psychiczną wiąże się z:

- odzyskiwaniem wewnętrznego Ja (**odzyskiwanie świadomości własnego Ja**)
- odzyskiwaniem osobistych ról społecznych
- sposobami, w jakie jednostka nawiązuje relacje i wpływa na otoczenie (Roberts, Wolfson, 2004)

W tym kontekście zdrowie może być rozumiane jako stan równowagi pomiędzy własnym Ja, otaczającymi osobami oraz środowiskiem. Według osób, które wyzdrowiały, odzyskiwanie wewnętrznego Ja wiąże się z odzyskiwaniem kontroli i odpowiedzialności, z optymizmem w stosunku do przyszłości i akceptacją dla przeszłości, ze znajomością siebie, wiarą w siebie, samoakceptacją, zdolnością do pomagania sobie i innym, wewnętrzną integralnością oraz duchowością. **Poczucie sprawczości oraz wiara w siebie wydają się podstawowymi elementami, które wspomagają proces leczenia.** Odzyskiwanie osobistych ról społecznych polega na aktywnym uczestniczeniu w społecznym życiu, na czuciu się potrzebnym, produktywnym oraz na zdolności do używania swoich umiejętności. Ważnymi elementami zdrowienia są również: nawiązywanie znaczących relacji z innymi ludźmi, nie

poddawanie się, podejmowanie odpowiedzialności i doświadczanie poczucia spełnienia w życiu (Roberts, Wolfson, 2004).

Uznano, że odzyskiwanie zdrowia charakteryzuje się:

- odbudowywaniem poczucia własnej sprawczości i skuteczności,
- uczeniem się przededefiniowania siebie i swojej tożsamości,
- polepszaniem jakości życia,
- pokonywaniem bierności,
- powrotem do podstawowego funkcjonowania w życiu codziennym (Wallcraft, 2005).

Przyjęta w 1948 konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia określa **zdrowie psychiczne jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka** (Dąbrowski, 1996, s.20). W 2003 roku definicja ta została uzupełniona o zdolność do prowadzenia efektywnego życia ekonomicznego i społecznego, a także o wymiar duchowy (Chuengsatiansup, 2003; Wilkins, Marmot, 2003).

K. Dąbrowski (1996) zdefiniował natomiast zdrowie psychiczne jako *zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego* (Dąbrowski, 1996, s. 22-23).

Na podstawie triady depresyjnej Becka oraz odzyskiwania zdrowia według Roberts, Wolfson (2004) jako wskaźniki odzyskiwania zdrowia u pacjentek depresyjnych, przyjęto: **samoakceptację, dążenia osobiste i realizację planów oraz kompetencje społeczne**, co w efekcie wpływa na pojawienie się **poczucia dobrostanu psychicznego**.

Samoakceptacja

Samoakceptacja jest emocjonalnym komponentem poczucia własnej wartości. Jest to pozytywny stosunek do własnego Ja, polegający na pozytywnym wartościowaniu własnej osoby. Wiąże się z tym pozytywny stosunek emocjonalny wobec samego siebie (Tomkiewicz, 1981, 1996; Januszewski, 1988). Samoakceptacja nie jest powierzchownym przekonaniem o własnej wartości, ani narcystyczną miłością własną. Jest to *głęboki szacunek do samego siebie oparty o świadomość własnych pozytywnych i negatywnych cech* (Ryff, Singer, 2012, s. 154). Mianem samoakceptacji określany jest obraz własnej osoby oraz zgeneralizowana

postawa wobec siebie, która często wpływa również na postawę wobec innych. Według C.R. Rogersa człowiek, który akceptuje siebie, będzie akceptował innych ludzi, którzy będą dla niego źródłem pozytywnych emocji. Najczęściej wyróżnia się samoakceptację wysoką lub niską (Chuchra, Pawłowska, 2004).

Według J. Kozielskiego (1986) to przede wszystkim samoakceptacja wpływa na postawę wobec innych. Wpływa ona również na sposób realizowania podjętych ról społecznych oraz charakter stosunków jednostki z innymi ludźmi. Podobnie według K. Horney (2001) jednostka, która akceptuje siebie, akceptuje również innych ludzi, utrzymując pozytywne relacje interpersonalne. Relacje międzyludzkie wiążą się z poczuciem dowartościowania, akceptacji i uznania.

Prawidłowe poczucie własnej wartości wpływa na właściwą komunikację z innymi oraz na umiejętność wchodzenia w autentyczne relacje interpersonalne. Zapewnia zdrową pewność siebie, skuteczność w realizacji planów i celów życiowych jednostki oraz wiarę we własne możliwości, a także wpływa na poszukiwanie nowych zadań oraz wyzwań. Z kolei negatywny stosunek do samego siebie jest związany z niską samoakceptacją, niskim poczuciem własnej skuteczności oraz postrzeganiem trudności jako niedających się przezwyciężyć i nie radzeniem sobie z sytuacjami stresowymi. Wiąże się on również z brakiem radości życia, nieumiejętnością życia według własnego systemu wartości, jak również z trudnościami w przystosowaniu się do nowych, zmieniających się sytuacji (Rys, 2011; Santagostino, 2005; McKay, Fanning, 2002).

Obraz siebie wywiera znaczny wpływ na regulację zachowania człowieka, a w szczególności na jego aspekty motywacyjne (Oleś, 2005). Odpowiada również za kontrolę oraz za selekcjonowanie zachowań (Siemionow, 2011; Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs, 2003; Drwal, 1981; Niebrzydowski, 1976).

Akceptacja siebie wpływa również na formowanie się tożsamości i dojrzałej osobowości, a także na poziom przystosowania jednostki. Na podstawie literatury oraz publikowanych badań można stwierdzić, że osoby mające pozytywny obraz siebie lepiej adaptują się do zmiennej rzeczywistości. Akceptują także swoje zachowanie oraz cechuje je dystans wobec własnej osoby. Potrafią również odreagowywać gniew czy złość w sposób akceptowany społecznie. Natomiast negatywny obraz siebie jednostki wyraża się deprecjonującym myśleniem o sobie (Siemionow, 2011). Człowiek doświadcza wówczas poczucia krzywdy, a świat odbiera jako nieprzyjazny. Osobie, której obraz siebie jest negatywny, towarzyszy często złość, przygnębienie i smutek (Brzezińska 2000; Kernis,

Grannemann, Barclay, 1989). Mniejsza samoakceptacja wiąże się także z mniej efektywnym kontrolowaniem gniewu. Częściej występuje wówczas kierowanie gniewu na zewnątrz w sposób bezpośredni - często utożsamiany z agresją oraz pośredni (Kruczek, 2017; Juczyński, 2009; Muszyński, 2005).

Samoakceptacja jest jednym z najważniejszych mechanizmów, które regulują zachowanie jednostki. W świetle badań samoakceptacja wpływa na umiejętność zmagania się ze stresem (Froch, Zwolińska-Wcisło, Bętkowska-Korpała, Mach, 2009; Manek, 1995; Lazarus, 1990; Taylor, 1984). Badania wykazały również, że niska, nieadekwatna samoocena prowadzi do powstawania lęku i decyduje o interpretacji informacji napływających do osoby jako zagrażających dla Ja. Na rozmiary subiektywnie przeżywanego zagrożenia decydujący wpływ ma spostrzeganie siebie jako osoby nie posiadającej oparcia w bliskim otoczeniu oraz niezdolnej do przeciwstawienia się zagrożeniu. Osoby, które są wysoce lękowe spostrzegają siebie głównie poprzez pryzmat właściwości niepożądanych i negatywnych (Kubacka-Jasiecka, 2013).

Dla poziomu samoakceptacji istotne jest jak duża występuje rozbieżność pomiędzy tym, jakie cechy spostrzega u siebie osoba oraz tym, jakie cechy chciałaby posiadać. Im większa jest rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym, tym poziom samoakceptacji obniża się. Jednakże pewien poziom rozbieżności pomiędzy obrazem siebie realnym oraz idealnym jest niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania osobowości. Z kolei zbyt duża rozbieżność świadczy o braku wglądu lub wskazuje na tendencję do aspiracji przekraczających realne możliwości osoby (Chuchra, Pawłowska, 2004; Płużek, Łazowski, Kozioł, Kozłowska, 1978).

Według E. H. Eriksona (1994) spójność ego wymaga pogodzenia się z sukcesami oraz rozczarowaniami z własnej przeszłości. Samoakceptacja opiera się zatem na świadomości swoich porażek i ograniczeń, uczciwej ocenie samego siebie oraz akceptacji dla realistycznie postrzeganego własnego Ja (Ryff, Singer, 2012; Erikson, 1994).

Samoakceptacja odgrywa pozytywną i regulacyjną rolę w procesie budowania i utrzymania zdrowia. Motywuje i mobilizuje jednostkę do podejmowania aktywności na rzecz odzyskania zdrowia. Samoakceptacja i pozytywny obraz samego siebie są istotną kwestią w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi (Wrona-Polańska, 2008, 2011). Wzrostowi akceptacji siebie towarzyszy wzrost poziomu akceptacji innych ludzi (Szczęsna, 2005).

Wyniki wielu przeprowadzonych badań: Nózka (2011), Szczęsna (2005), Markus, Smith, Moreland (1985), Lewicki (1983), Higgins, King, Mavin (1982), Oleś, (1981), Jucha,

Rendecka, Żuraw (1979), Bończa-Tomaszewska, Kołodziej (1974) w większości są zgodne i wskazują na istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem samoakceptacji a akceptacją innych ludzi. Obraz siebie pośredniczy w ocenie bodźców napływających z zewnątrz. Poznawcza interpretacja obrazu siebie wywiera wpływ na percepcję jednostki (Lewicki, 1983). Rola samopoznania w postrzeganiu innych wydaje się systematycznie zmieniać w zależności od tego, kto jest poznawczym punktem odniesienia: Ja czy inny człowiek (Markus, Smith, Moreland, 1985).

Dążenia osobiste – realizacja planów

Człowiek tworzy i realizuje plany życiowe, by nadać życiu sens, a w konsekwencji uzyskać poczucie szczęścia, zadowolenie, dobrostan psychiczny (Mądrycki, 2002). Sformułowanie planu ma zasadnicze znaczenie dla zainicjowania działania, kontynuowania go i przezwycięzania pojawiających się trudności. Jest ono również istotne dla zaniechania zaangażowania w działanie w sytuacji, kiedy cel jest nieosiągalny czy obrana droga do celu jest niewłaściwa. Zdarza się, że problemy w realizacji celu związane są przede wszystkim z trudnościami w zainicjowaniu działania, ale czasami pomimo rozpoczęcia działania nie udaje się wytrwale go kontynuować. Trudności w zainicjowaniu działania mogą wynikać z niedostrzegania okoliczności sprzyjających realizacji celu, ale przede wszystkim z niemożności przezwyciężenia początkowej niechęci do działania. Natomiast zakończenie zainicjowanego działania sukcesem wymaga umiejętności przezwyciężenia czynników zakłócających realizację celu: zewnętrznych, jak konkurencyjne cele czy pokusy oraz wewnętrznych, jak wyczerpanie zdolności do samoregulacji czy niepokój (Wieber, Gollwitzer, 2010).

W celu sformułowania planu niezbędne jest wzbudzenie pozytywnego afektu. Wysoki poziom afektu negatywnego uniemożliwia z kolei wgląd we własne potrzeby czy preferencje, natomiast niski poziom negatywnego afektu pozwala ocenić sytuację z perspektywy własnych preferencji. Zdolność regulowania afektu, czyli wzbudzania afektu pozytywnego i neutralizowania negatywnego, pozwala na stworzenie planu działania. Osoby zorientowane na działanie wykazują zazwyczaj zdolność do wzbudzania pozytywnego afektu w obliczu trudnych czy konfliktowych celów. Przejawiają także umiejętność neutralizowania afektu negatywnego w obliczu przykrości, niepowodzeń czy umiarkowanego stresu. W związku z tym potrafią z łatwością tworzyć plan, nie analizują niepowodzeń i szybko podejmują

decyzję o działaniu (Koole, 2009; Koole, Kuhl, 2007; Kuhl, Kazen, Koole, 2006; Koole, Kuhl, Jostmann, Vohs, 2005). Osoby zorientowane na działanie uzyskują także wyższe wyniki w zakresie skuteczności swoich działań, co potwierdziły wyniki badań w takich dziedzinach, jak poprawa zdrowia (Fuhrmann, Kuhl, 1998).

A. Kępiński (2014) jako jedną z przyczyn depresji reaktywnej wymienia niemożność zrealizowania swojego planu życiowego z powodu obiektywnych trudności. Wskazuje również, że osiągnięcia mogą być źródłem emocji pozytywnych, ale mogą także prowadzić do depresji, gdy na przykład człowiek po latach wysiłku osiągnął upragniony cel. Realizacja celów czy planów przede wszystkim nadaje życiu sens, a także stanowi pewną formę samorealizacji i rozwijania możliwości człowieka (Kępiński, 2014).

Cele służą realizacji aspiracji dotyczących własnej osoby. Trudności i porażki w realizacji ważnych dla jednostki dążeń mogą stać się przyczyną przeżywaną przez nią depresji oraz lęku. Główną tego przyczyną jest zaangażowanie w realizację nierealistycznych celów. Depresja może być postrzegana jako zatrzymanie się czy porażka w procesie samoregulacji. Negatywne stany emocjonalne, jak lęk, strach, złość cechują się znacznym pobudzeniem, co utrudnia racjonalne rozważenie możliwych opcji działania. Zarówno osoby, które mają zbyt szczegółowe plany w różnych dziedzinach życia, jak i osoby, których plany są zbyt ogólne i mało zróżnicowane doświadczają stanów depresyjnych. Chronić przed depresją mogłoby umiarkowane zróżnicowanie planów i umiarkowany stopień ich uszczegółowienia (Mądrzycki, 2002).

Osoby, które nie planują swoich działań i mają niewiele sformułowanych celów nie wykazują właściwie skłonności do aktywnego kierowania własnym życiem. Wysoki stopień orientacji na cel wydaje się być czynnikiem, który pozwala na lepsze radzenie sobie z niepokojem i lękiem, chroniąc przed depresją. Także realizacja celów zgodnych z Ja wiąże się z lepszym funkcjonowaniem psychologicznym jednostki (Mądrzycki, 2002; Ryan, Deci, 2000).

Nurt społeczno-poznawczy definiuje cele jako poznawczą reprezentację pożądanego stanu, do którego jednostka zmierza lub stanu negatywnego, którego stara się uniknąć (Kadzikowska-Wrzonek, 2011; Carver, Scheier, 2004; Bandura, 1989; Markus, Ruvalo, 1989). Przyjmuje się, że cele zawierają reprezentację przyszłego stanu – komponent poznawczy, zawierają emocje towarzyszące wyobrażeniom, które decydują o sile motywacyjnej celu – komponent emocjonalny oraz często także poznawczą reprezentację działań, które są niezbędne do osiągnięcia celu – komponent behawioralny (Emmons, 1998).

Zdaniem niektórych badaczy, samo sformułowanie czy wybór celu nie przesądza jeszcze o rozpoczęciu działania czy wytrwałym jego kontynuowaniu. Szczególne znaczenie ma poznawcze opracowanie planu działania, realizacji celu (Wieber, Gollwitzer, 2010; Gollwitzer, 1996). Zaangażowaniu w realizację celu sprzyjają wysokie oczekiwania sukcesu (Bargh, Gollwitzer, Oettingen, 2010; Oettingen, Kappes, 2009; Oettingen, 1996). Człowiek ma zazwyczaj możliwość uświadomienia sobie własnych celów, jednakże cel nie zawsze jest obecny w jego świadomości podczas realizacji. Właściwości celów, takie jak poziom autonomii, konkretność czy abstrakcyjność, konflikty pomiędzy poszczególnymi celami albo tendencje typu dążenie – unikanie mają zasadnicze znaczenie dla przebiegu aktywności zorientowanej na realizację celu (Ryan, Deci, 2008; Emmons, 1996; Sheldon, Kasser, 1995). Istotne znaczenie dla stawianych sobie przez jednostkę celów ma również uogólniona pozytywna lub negatywna postawa wobec samego siebie, czyli samoocena (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008).

Kompetencje społeczne

Kompetencje społeczne definiuje się jako nabyte umiejętności, postawy, wiedzę oraz nastawienia motywacyjne, które wyrażają się w kontaktach interpersonalnych (Konarski, 2006). Kompetencje społeczne są dyspozycją, która warunkuje efektywność funkcjonowania człowieka w sytuacjach społecznych. Wskaźnikami efektywności tego funkcjonowania są: osiąganie przez jednostkę własnych celów oraz zgodność jej zachowań z oczekiwaniami społecznymi (Matczak, 2007; Bobrowska-Jabłońska, 2003; Borkowski, 2003; Argyle, 2002; Elias, Zins, Weissberg, Frey, Greenberg, Hayne, 1997; Goleman, 1997). Skuteczność jednostki w interakcjach społecznych oraz satysfakcja z relacji interpersonalnych są istotnym elementem wpływającym na jej zadowolenie z życia i **dobrostan psychiczny**. A. Matczak (1997) określa kompetencje społeczne jako umiejętności radzenia sobie w różnego rodzaju sytuacjach społecznych. Umiejętności te mogą być nabywane w wyniku treningu dokonującego się w realnych sytuacjach społecznych (Matczak, 1997). Kompetencje społeczne rozwijają się zatem głównie w toku aktywności społecznej, która stanowi dla jednostki trening. Intensywna aktywność społeczna ułatwia nabywanie kompetencji społecznych, których podstawą kształtowania się jest osobowość i temperament oraz inteligencja emocjonalna. Ułatwia ona nabywanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach

społecznych i od niej zależy efektywność treningu społecznego (Martowska, 2012; Matczak, Martowska, 2009).

Kompetencje społeczne związane są z pewnymi właściwościami intelektualnymi i osobowościowymi jednostki, jak: wrażliwość społeczna, umiejętność słuchania innych, rozumienia ich intencji czy spostrzegawczość. Umiejętności te powinny być aktywizowane adekwatnie do wymagań sytuacji, jako różnorodne niezależne kompetencje społeczne. Istotnym aspektem wpływającym na poziom kompetencji społecznych są także uwarunkowania osobowościowo-temperamentalne. Cechy takie jak ekstrawersja, niska reaktywność emocjonalna, zrównoważenie emocjonalne, aktywny styl funkcjonowania, odwaga, brak lęku społecznego i poczucie własnej skuteczności wpływają w istotny sposób na częstość i łatwość nawiązywania kontaktu z innymi. Kompetencje społeczne umożliwiają jednostce nawiązywanie i rozwijanie twórczych relacji z innymi osobami, efektywne wspólne pokonywanie pojawiających się problemów, zadowalające pełnienie ról społecznych oraz aktywne uczestniczenie w życiu różnych grup (Terelak, 2008; Borkowski, 2003; Dzwonkowska, 2003; Argyle, 2002; Matczak, 2001).

Za jedną z kluczowych kompetencji społecznych uważana jest asertywność. Jest zachowaniem wyrażającym własne prawa bez naruszania praw innych ludzi oraz postawą jednostki wobec siebie i innych. Zachowanie asertywne można umiejscowić pomiędzy uległością a agresją. Asertywność pomaga w osiągnięciu ważnych dla jednostki celów życiowych, przy równoczesnej obronie oraz potwierdzaniu pozytywnego obrazu siebie (Sęk, 2014; Alberti, Emmons 2002; Król-Fijewska, 1993).

Kolejnym składnikiem kompetencji społecznych jest umiejętność nawiązywania bliskich kontaktów interpersonalnych. Istotną rolę pełni tu wzajemne oddziaływanie i komunikacja. Poważne problemy komunikacyjne tworzą sytuacje konfliktowe, związane z agresją czy nawet izolacją i wycofywaniem się z kontaktów społecznych. Jedną z podstawowych barier komunikacyjnych jest rozbieżność interpretacji sytuacji, która wynika przede wszystkim z subiektywnego postrzegania rzeczywistości przez jednostkę. Świadomość barier komunikacyjnych ma znaczny wpływ na podnoszenie jakości więzi interpersonalnych (Mellibruda, 2003; Dziewiecki, 2000; Stoner, Wankel, 1994).

Składową kompetencji społecznych jest również efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej. W wielu sytuacjach społecznych niezmiennie istotne jest dostosowanie swoich postaw, zachowania, wizerunku do oczekiwań i preferencji odbiorców. Istotną kompetencją jest umiejętność kreowania pozytywnego obrazu siebie w oczach innych ludzi.

Kierowanie własnym zachowaniem jest istotą obserwacyjnej samokontroli i konieczne jest w tym celu rozumienie emocji własnych oraz innych ludzi, a także kontrola emocji. Obserwacyjna samokontrola jest umiejętnością kierowania sposobem prezentowania siebie, a także własnymi zachowaniami, ekspresją emocji. Osoby o wysokiej obserwacyjnej samokontroli potrafią obserwować swoje zachowania i dopasowywać je do specyficznych oczekiwań otoczenia, poszukując w zachowaniu innych wskazówek odnośnie sposobu autoprezentacji. Badania Dendys (2002) wykazały, że istnieje dodatnia zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a obserwacyjną samokontrolą (Matczak, Knopp, 2013; Borkowski, 2003; Dendys, 2002).

Kompetencjom społecznym można przypisać łatwiejsze radzenie sobie ze stresem czy też odczuwanie go w mniejszym stopniu, co jest wynikiem umiejętności korzystania z sieci wsparcia społecznego. Wysoki poziom kompetencji społecznych wiąże się z niższymi wskaźnikami depresji, lęku i poczucia samotności oraz większą elastycznością zachowań i postaw w różnych sytuacjach społecznych, a także z lepszym przystosowaniem do zmian życiowych (Strelau, 2002).

Kompetencje społeczne, które były przedmiotem badania, to *złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego*. Intensywność treningu zależy od cech osobowościowo-temperamentalnych, natomiast jego efektywność – od inteligencji (przede wszystkim społecznej i emocjonalnej). W szczególności są to: kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych, bliskich kontaktach interpersonalnych (I), kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej (E) i kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności (A) (Matczak, 2007, s. 7).

Dobrostan psychiczny

Dobrostan psychiczny można zdefiniować jako *poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia* na podstawie dokonywanych sądów wartościujących oraz refleksji (Diener, Lucas, Oishi, 2012, s. 35). Poznawczy dobrostan jest określany najczęściej jako satysfakcja, zadowolenie z życia. Rozumie się pod tym pojęciem subiektywnie odczuwaną lub spostrzeganą własną pomyślność. Dobrostan emocjonalny stanowi niejako emocjonalny bilans życia i bliski jest uogólnionemu nastrojowi. Doświadczenia, które go budują

charakteryzuje częste przeżywanie emocji pozytywnych oraz rzadkie przeżywanie emocji negatywnych. Dobrostan w takim rozumieniu bywa określany jako poczucie szczęścia. Dobrostan jest zatem pojęciem szerokim, które obejmuje wysoki poziom zadowolenia z życia, niski poziom negatywnych nastrojów oraz doświadczanie pozytywnych emocji (Diener, Lucas, Oishi, 2012; Stolarski, Bitner, 2011; Zalewska, 2003; Pavot, Diener, 1993; Czapiński, 1992).

B. Headey i A. J. Wearing (1992) stwierdzili, że wydarzenia życiowe mogą mieć wpływ na dobrostan psychiczny, jednakże ludzie dostosowują się do zachodzących zmian i powracają do uwarunkowanych biologicznie poziomów adaptacji. Ponadto na dobrostan psychiczny mają wpływ różnice w sposobie myślenia o świecie: różnice w nastawieniu na informacje przyjemne i przykre oraz różnice w sprawności, z jaką ludzie te informacje przetwarzają (Diener, Lucas i Oishi, 2012).

Obok pojęcia dobrostanu psychicznego pojawiają się pokrewne terminy. Orientacja hedonistyczna posługuje się terminem *subiektywny dobrostan*, natomiast orientacja eudajmonistyczna – terminem *psychologiczny dobrostan*. Optymalnym poziomem dobrostanu jest wysoki poziom subiektywnego, jak i psychologicznego dobrostanu (Krok, 2009, 2011). Dobrostan subiektywny to nie tylko brak choroby, lecz również subiektywnie postrzegane przez jednostkę zadowolenie, pozytywna ocena własnego funkcjonowania fizycznego, którego rezultatem jest dobre samopoczucie fizyczne, jak również psychicznego – dającego poczucie zadowolenia z podejmowania wyzwań, z realizacji potrzeb i z poczucia tożsamości, a także funkcjonowania społecznego, które dostarcza podstaw do osiągnięcia pozycji w otoczeniu, wypełniania ról oraz zadowolenia z bliskich relacji z innymi ludźmi (Pilarska, 2012; Cierpiałkowska, Sęk, 2002). W ujęciu eudajmonistycznym szczęście jest rozumiane jako stan, który zachodzi w wyniku właściwego postępowania, a nie jako subiektywne zadowolenie. Na dobrostan eudajmonistyczny składa się poczucie sensu życia oraz spełnienia (Molęda, 2009; Deci, Ryan, 2008; Ryan, Deci, 2001).

Na podstawie literatury dotyczącej dobrostanu, badacze C.L.M. Keyes i M.B. Waterman opracowali trójwymiarową koncepcję subiektywnego dobrostanu, w ramach której uwzględnili trzy modele dobrostanu: dobrostan emocjonalny (który wywodzi się z koncepcji hedonistycznej), dobrostan psychologiczny i społeczny (wywodzące się z koncepcji eudajmonistycznej). Trójwymiarowy model dobrostanu pozwala na holistyczne ujmowanie człowieka, czyli jako funkcjonalnej całości powiązanych ze sobą sfer: emocjonalnej, poznawczej, społecznej i biofizycznej (Keyes, Waterman, 2003; Moore, Keyes, 2003).

W przekonaniu badaczy podejście do dobrostanu skoncentrowane wyłącznie na jego emocjonalnych aspektach, jak zadowolenie z życia i poczucie szczęścia, nie jest wystarczające. Według nich człowiek dokonuje także oceny własnego funkcjonowania w społeczeństwie oraz oceny swojej osobowości. W najnowszym modelu dobrostanu istotne jest zatem znaczenie osobistej percepcji świata przez jednostkę oraz rola odczuwania sensu życia (Moore, Keyes, 2003).

Przyjmuje się, że emocjonalny dobrostan wyraża się w pozytywnych uczuciach jednostki, natomiast dobrostan osobowościowy i społeczny przejawia się w pozytywnym funkcjonowaniu człowieka (Keyes, Waterman, 2003). Dobrostan emocjonalny jest reprezentowany przez poczucie szczęścia oraz satysfakcji ze swojego życia (w odniesieniu do różnych jego dziedzin, jak stan zdrowia, praca zawodowa, relacje z bliskimi czy sytuacja finansowa), a także poprzez zachowanie równowagi w doświadczaniu w określonym czasie uczuć pozytywnych i negatywnych (Wojciechowska, 2005, 2008).

Keyes (1998) zaproponował pięć wymiarów dobrostanu społecznego, które opisują pozytywne funkcjonowanie człowieka w obliczu społecznych wyzwań oraz zadań. Dobrostan społeczny określany jest przez dymensje, takie jak: 1) akceptacja społeczeństwa, 2) społeczna aktualizacja, 3) społeczny wkład, 4) społeczna koherencja, 5) społeczna integracja. Akceptacja społeczeństwa wyznaczana jest przez ocenę jego ogólnych cech, ale także właściwości jego członków. Jednostki, które akceptują społeczeństwo są w stosunku do niego ufnie nastawione i są przekonane o ludzkiej przychylności. Kolejny wymiar dobrostanu społecznego stanowi społeczna aktualizacja, czyli ocena potencjału i kierunku rozwoju społeczeństwa. Społeczny dobrostan zapewnia przekonanie o pozytywnej ewolucji społeczeństwa oraz realizacji tkwiącego w nim potencjału. Trzeci wymiar dobrostanu - wkład w społeczeństwo - odnosi się do ocenianej przez jednostkę własnej wartości dla społeczeństwa. Jednostka, która pozytywnie ocenia swoje funkcjonowanie, jest przekonana o tym, że wiele wnosi do życia społecznego. Kolejną dymensją jest społeczna koherencja. Jednostka społecznie koherentna spostrzega społeczny świat jako sensowny, zrozumiały i przewidywalny. Ostatni wymiar dobrostanu społecznego to społeczna integracja, która zawiera ocenę jakości relacji człowieka z otoczeniem społecznym. Jednostka zintegrowana ze społeczeństwem ma poczucie, że jest jego częścią, odczuwa że wiele ją łączy z innymi ludźmi, jak również, że jest przez nich wspierana (Keyes i Waterman, 2003).

Kryteria osobowościowego dobrostanu opracowała Ryff (1989) przy współpracy Keyesa (Ryff, Keyes, 1995), nazywając go dobrostanem psychologicznym. W obrębie

dobrostanu osobowościowego wyróżnia się sześć wymiarów (dymensji): 1) samoakceptacja, 2) osobisty rozwój, 3) cel w życiu, 4) panowanie nad otoczeniem, 5) autonomia, 6) pozytywne relacje z innymi (Ryff, Singer, 2004; Keyes, Waterman, 2003; Moore, Keyes, 2003). Kluczowym aspektem osobowościowego dobrostanu jest samoakceptacja, czyli pozytywny stosunek wobec własnego Ja, akceptacja jego pozytywnych i negatywnych cech oraz pozytywne spostrzeganie własnej osoby. Samoakceptacja wymaga podtrzymywania pozytywnej samooceny, zwłaszcza w sytuacjach, gdy ujawniają się niezadowolające cechy funkcjonowania jednostki (Keyes, Waterman, 2003). Kolejnym wymiarem w modelu Ryff jest osobisty rozwój, a zatem pragnienie doskonalenia własnych umiejętności i talentów, otwieranie się na wyzwania płynące z różnych środowisk oraz szukanie możliwości dalszego rozwoju. Następną dymensja - cel życiowy - dotyczy przekonania o istnieniu kierunku we własnym życiu oraz posiadaniu zdolności do realizowania zadań życiowych, nawet w przypadku niesprzyjających okoliczności (Ryff, Singer, 2004). Panowanie nad otoczeniem jest to wymiar dobrostanu, który wyraża aktywne radzenie sobie z otaczającym światem oraz umiejętność korzystania z niego pod względem realizacji własnych pragnień i potrzeb. Z kolei wymiar zwany autonomią odzwierciedla, że jednostka uznaje siebie za niezależny autorytet, kierujący się własnymi wartościami, zwłaszcza wówczas, gdy społeczeństwo wymaga podporządkowania się wymaganiom zewnętrznym. Ostatnim z wymiarów dobrostanu osobowościowego są pozytywne relacje z innymi. Jest to zdolność podtrzymywania pozytywnych relacji interpersonalnych, a także satysfakcja z kontaktów społecznych (Keyes, Waterman, 2003).

Dobrostan psychiczny jest konstruktem psychologicznym zawierającym trzy elementy składowe: pozytywny afekt, zadowolenie z życia, niski poziom negatywnego nastroju (Schimmack, 2008). W niniejszej pracy, jako komponenty ważne w dobrostanie osób chorujących na depresję, przyjęto: *samoakceptację, dążenia osobiste i plany oraz kompetencje społeczne*.

Według hipotezy R.A. Cumminsa (2003) subiektywny dobrostan jest wewnętrznym, kontrolowanym homeostatycznie stanem mózgu. Poziom dobrostanu, po wydarzeniach życiowych powodujących okresy zmian, powraca do stanu wyjściowego (Cummins, 2003; Krok, 2009). Samoakceptacja jest kluczowym aspektem dobrostanu psychicznego według Ryff (2014) i jest istotną kwestią w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi (Ryff, 2014; Wrona-Polańska, 2011). Pozytywne relacje z innymi ludźmi także są wymiarem dobrostanu psychicznego (Maczak, 2007). Posiadanie celów i dążenie do ich realizacji również są

ważnymi wskaźnikami dobrostanu. Życiowy cel, formułowanie i realizowanie zadań życiowych oraz zdolność odnajdywania sensu w życiu mają źródło w konfrontacjach z przeciwnościami losu (Frankl, 2009).

4. Leczenie zaburzeń depresyjnych

Leczenie zawsze jest wskazane, gdy objawy spełniają kryteria rozpoznania depresji. Depresje ciężkie wymagają z reguły leczenia specjalistycznego, często hospitalizacji. Stany o mniejszym nasileniu są zazwyczaj leczone ambulatoryjnie. Istotne może być dołączenie psychoterapii (także terapii rodzinnej) oraz wprowadzenie zmian w sferze czynników społecznych. Psychoterapia jest podstawową metodą leczniczego oddziaływania w psychiatrii. Zagrożenie samobójstwem jest natomiast jednym z najważniejszych czynników decydujących o konieczności leczenia szpitalnego. Do popełnienia samobójstwa predysponuje znaczny poziom lęku, niepokoju, głęboka depresja z poczuciem winy, bezsenność, towarzyszące choroby somatyczne czy przewlekłe dolegliwości bólowe. W wyniku działania leków może wystąpić lub nasilić się niepokój oraz ustąpić zahamowanie, co ułatwia realizację samobójstwa. Ryzyko to jest uwzględniane przy podejmowaniu decyzji o skierowaniu do szpitala (Dudek, 2013; Heitzman, Samochowiec, 2012; Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011; Rzewuska, 2006).

4.1. Psychoterapia depresji

Psychoterapia jest metodą, która jest przede wszystkim stosowana w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego. Psychoterapia w takim rozumieniu stanowi oddziaływanie psychospołeczne, których celem jest usunięcie zaburzeń zdrowia poprzez zmianę sposobu zachowania, przeżywania i poznawania. Jest to doświadczenie, które leczy, ponieważ pacjent przyswaja sobie nową wiedzę oraz uczy się nowych wzorców zachowania i reagowania emocjonalnego (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011).

Psychoterapia jest leczeniem z wyboru. Uzupełnia ona biologiczne metody leczenia. Pomaga chorym w osiągnięciu długotrwałego i stabilnego przystosowania. Psychoterapia jako jedyna metoda leczenia jest stosowana u kobiet ciężarnych, u osób źle tolerujących leki czy odmawiających ich przyjmowania oraz w depresjach łagodnych, którym towarzyszą przewlekłe problemy psychospołeczne pacjenta. Psychoterapia prowadzona jest przez co

najmniej 12 tygodni. Może być elementem leczenia szpitalnego lub odbywać się w warunkach ambulatoryjnych (poradnia, gabinet prywatny). Najczęściej stosowana jest psychoterapia behawioralno-poznawcza, interpersonalna, a także krótkotrwała psychoterapia dynamiczna (Carson, Butcher, Mineka, 2011; Rzewuska, 2006; Hammen, 2004).

Podjęcie behawioralno-poznawcze jest krótkoterminową terapią i opiera się na założeniu, że *zaburzenia psychiczne są wyuczonymi schematami zachowania* (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011, t. 3, s. 260). Ich leczenie polega na zmianie tych zachowań poprzez oduczanie się reakcji niedostosowanych oraz uczenie się prawidłowych. Celem terapii jest wykształcenie przystosowawczych reakcji na bodźce, zidentyfikowanie schematów poznawczych, które są przyczyną objawów (w szczególności negatywnych, automatycznych myśli) i zastąpienie irracjonalnych przekonań racjonalnymi. Istotne jest również rozwijanie umiejętności ułatwiających osobie przystosowywanie się do rozmaitych sytuacji życiowych, jak i nabywanie umiejętności rozwiązywania problemów, aby obniżyć prawdopodobieństwo powtórzenia się epizodu depresji.

Psychoterapia interpersonalna jest również krótkoterminowa, silnie ustrukturyzowana i koncentruje się na trudnościach w kontaktach interpersonalnych w depresji. Psychoterapia interpersonalna depresji opiera się na modelu H.S. Sullivana (za: Hammen, 2004), który oparty jest na założeniu, iż depresja może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem trudności chorych w relacjach z ważnymi dla nich osobami. Celem terapii jest zatem poprawa funkcjonowania interpersonalnego chorych i tym samym złagodzenie objawów depresji. Najczęściej analizowane są sfery problemów towarzyszących początkowi depresji: braki interpersonalne jednostki, nadmierny żal i smutek po stracie czy spory dotyczące ról interpersonalnych i trudności ze zmianą tych ról.

Celem psychoterapii psychodynamicznej jest zmiana właściwości wewnątrzpsychicznych osoby. Według tej koncepcji ustąpienie objawów, poprawa samopoczucia oraz funkcjonowania jednostki mogą nastąpić wówczas, gdy w psychoterapii zostaną osiągnięte zmiany, takie jak: uzyskanie wglądu – dostrzeżenie swoich prawdziwych potrzeb i pragnień, uwolnienie tłumionych uczuć i uświadomienie sobie wypartych przeżyć, nabycie umiejętności odróżniania fantazji od rzeczywistości oraz pojawienie się bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011; Hammen, 2004; Weissman, Klerman, 1990).

4.2. Farmakoterapia w zaburzeniach afektywnych

Działanie leków przeciwdepresyjnych polega na wywoływaniu stanu umożliwiającego choremu szybsze odzyskanie zdrowia. Lek przeciwdepresyjny jest tym bardziej potrzebny, im głębsza jest depresja.

Wyróżniane są trzy fazy terapii zespołów depresyjnych:

- faza aktywnej terapii epizodu depresyjnego (ostra faza leczenia): 4-8 tygodni
- faza utrwalania poprawy: do 6 kolejnych miesięcy
- faza zapobiegania nawrotom choroby: długotrwałe stosowanie leków przeciwdepresyjnych u osób z rozpoznaniem depresji nawracającej (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011).

Leki przeciwdepresyjne powodują ustępowanie depresji po kilku tygodniach stosowania, niezależnie od jej przyczyny. Poprawa zaburzeń depresyjnych zaczyna się zwykle pojawiać po 1-2 tygodniach stosowania leku w dawce terapeutycznej, jednakże u większości pacjentów są to 2-4 tygodnie. Istotna poprawa następuje po 4-6 tygodniach, lecz najczęściej odpowiedź terapeutyczna staje się istotna klinicznie w okresie 6-8 tygodni leczenia. Pełną remisję objawów udaje się zwykle osiągnąć pomiędzy 8 a 12 tygodniem leczenia i jest to główny cel leczenia zaburzeń depresyjnych. Remisją określa się brak objawów choroby lub utrzymywanie się ich w stopniu minimalnym, co pozwala na powrót pacjenta do normalnego funkcjonowania. W przypadku pełnej remisji pacjenci lepiej funkcjonują w pracy oraz w relacjach interpersonalnych, a także lepiej czują się fizycznie. Nieskuteczność leczenia po upływie 4-8 tygodni jest wskazaniem do zastosowania innej strategii działania. Po ustąpieniu zaburzeń należy nadal stosować leki przez kilka miesięcy jako leczenie stabilizujące poprawę, a następnie jako leczenie podtrzymujące (zapobieganie nawrotowi depresji) (Dudek, 2013; Jarema, 2011; Kennedy, Lam, Nutt, Thase, 2010; Rzewuska, 2006).

Przeprowadzane badania wskazują, że występuje statystycznie istotna zależność pomiędzy prawidłowym leczeniem depresji (właściwie dobrany lek, o właściwej dawce, stosowany przez dostatecznie długi okres czasu), wdrażaniem postępowania profilaktycznego i długotrwałym jego kontynuowaniem a rokowaniem w zaburzeniach afektywnych, takim jak: długość i jakość życia, ryzyko samobójstwa, nawroty depresji (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011).

4.2.1. Wybór leku w zależności od obrazu klinicznego depresji

Ogólne zasady wyboru leków są bardzo nieliczne:

- w ciężkich depresjach (u chorych hospitalizowanych) preferowane są leki trójpierścieniowe (amitryptylina, klomipramina, imipramina);
- w mniej nasilonych zespołach depresyjnych, szczególnie u pacjentów ambulatoryjnych, lekami pierwszego wyboru są leki II generacji;
- u chorych, u których istnieje ryzyko przedawkowania, bezpieczniej jest stosować leki II generacji (SSRI, tianeptyny) (Rzewuska, 2006).

Ze względu na budowę chemiczną, leki przeciwdepresyjne można podzielić na:

- leki o budowie trójpierścieniowej (TLPD) - leki przeciwdepresyjne I generacji, jak: amitryptylina, doksepina, imipramina, klomipramina, opipramol;
- leki o budowie innej niż trójpierścieniowa (np. dwupierścieniowej, czteropierścieniowej) – większość nowych leków; leki przeciwdepresyjne II generacji, jak: wenlafaksyna, milnacipran.

Uwzględniając mechanizmy działania, leki można podzielić na:

- leki blokujące wychwyt zwrotny monoamin – inhibitory zwrotnego wychwyty noradrenaliny i serotoniny (SNRI: wenlafaksyna, milnacipran);
- selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI: citalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, sertralina, paroksetyna) oraz selektywne inhibitory wychwyty noradrenaliny (NARI: reboksetyna, wiloksazyna) - wykazują wybiórcze działanie względem jednego neuroprzekaźnika;
- leki hamujące metabolizm monoamin – inhibitory monoaminooksydazy (IMAO: fenelzyna, isokarboksazyd, tranilcypromina); do stosowanych obecnie leków II generacji należą MAO-A i RIMA – selektywne i odwracalne inhibitory, jak moklobemid;
- leki zwiększające uwalnianie noradrenaliny i serotoniny - leki czteropierścieniowe (maprotylina, mianseryna i mirtazapina) nie wpływające na wychwyt zwrotny monoamin;
- inhibitory wychwyty serotoniny i antagoniści receptorów serotoninergicznych 5-HT_{2A} i alfa₁-adrenergicznych (SARI: nefazodon, trazodon);

- inne leki wpływające na przekąźnictwo serotoninergetyczne (tianeptyna – lek trójpierścieniowy);
- inhibitory wychwyty dopaminy (amineptyna, bupropion).

Klasyfikacja kliniczna wyodrębnia leki na podstawie trzech cech zespołu depresyjnego:

- leki o wyraźnym działaniu przeciwłękowym i uspokajającym, bez wyraźniejszego wpływu na napęd psychoruchowy (np. doksepina, paroksetyna, fluwoksamina);
- leki o słabszym działaniu przeciwłękowym i umiarkowanym wpływie na napęd (np. amitryptylina, imipramina, klomipramina, fluoksetyna, moklobemid);
- leki przeciwdepresyjne nie wykazujące wyraźnego wpływu przeciwłękowego, natomiast podwyższające obniżony napęd psychoruchowy (np. dezipramina, nortriptylina, protriptylina) (Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011; Woron, Siwek, 2009; Rzewuska, 2006).

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

5. Problemy badań i ich uzasadnienie

Celem pracy jest psychologiczna analiza znaczenia czynników indywidualnych i interpersonalnych w efektywności zdrowienia pacjentek depresyjnych. Czynniki indywidualne to: *poczucie własnej skuteczności*, *inteligencja emocjonalna* (zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji; zdolność do regulowania emocji u siebie i innych; zdolność do wykorzystania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie), *styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych* (styl skoncentrowany na zadaniu; styl skoncentrowany na emocjach; styl skoncentrowany na unikaniu; angażowanie się w czynności zastępcze; poszukiwanie kontaktów towarzyskich), *hierarchia wartości* (osiągnięcia, hedonizm, stymulacja, kierowanie sobą w działaniu, kierowanie sobą w myśleniu; uniwersalizm - tolerancja, uniwersalizm ekologiczny, uniwersalizm społeczny, życzliwość – troskliwość, życzliwość – niezawodność, pokora, przystosowanie do ludzi, przystosowanie do reguł, tradycja, bezpieczeństwo społeczne, bezpieczeństwo osobiste, prestiż, władza nad zasobami, władza nad ludźmi). Do czynników interpersonalnych należy *wsparcie społeczne* (spostrzegane dostępne wsparcie; zapotrzebowanie na wsparcie; poszukiwanie wsparcia; aktualnie otrzymywane wsparcie; wsparcie buforująco-ochronne).

Kolejnym celem będzie wyodrębnienie typów pacjentek chorujących na depresję ze względu na określony profil czynników indywidualnych i deklarowanych wartości, a także ustalenie różnic pomiędzy profilami pacjentek w zakresie korzystania ze wsparcia społecznego oraz istotnych różnic w efektywności zdrowienia, w oparciu o przyjęte wskaźniki. Zasadność powyższych analiz związana jest z nieprzewodzonymi dotąd badaniami efektywności zdrowienia w zaburzeniach afektywnych, uwzględniających udział czynników indywidualnych, a także typów pacjentek depresyjnych o określonym profilu indywidualnych cech oraz prezentowanych wartości sprzyjających zdrowieniu, które pozwoliłyby na określenie ich wzajemnych relacji.

Rolę **poczucia własnej skuteczności** w zachowaniu podkreśla Ralf Schwarzer (1997), podając, iż poziom poczucia własnej skuteczności może wpływać na podwyższenie lub obniżenie motywacji do działania, a zatem także do zdrowienia - w przypadku kobiet cierpiących na depresję. Przekonanie o własnej skuteczności i posiadaniu zasobów jednostkowych oraz społecznych przeciwdziała kumulacji negatywnych emocji, a także

sprzyja podejmowaniu aktywności prozdrowotnej (Wrona-Polańska, 2011). Poczucie własnej skuteczności jest podstawowym wyznacznikiem podejmowania i wprowadzania zmian w zachowaniach zdrowotnych (Schwarzer, Fuchs, 1996). Wchodzi ono w zakres kontroli osobistego działania (Bandura, 2007, 2009). Aby przekonania na temat własnej skuteczności spełniały rolę samoregulacyjną, muszą uwzględniać rzeczywiste możliwości jednostki (Juczyński, 2000). Uwzględniono *uogólnione poczucie samoskuteczności* wyrażające się w stałej dyspozycji do przyjmowania przez osobę ogólnego przekonania o jej zdolności do wykonania zadania, rozwiązania problemu, niezależnie od specyfiki sytuacji.

Inteligencja emocjonalna istotnie wpływa na efektywność radzenia sobie przez jednostkę w wielu sytuacjach życiowych (Matczak, 2007). Badania wykazały dodatnie korelowanie inteligencji emocjonalnej z kompetencjami społecznymi, wielkością odczuwanego wsparcia społecznego, ilością i bliskością relacji interpersonalnych oraz poczuciem skuteczności w pomaganiu innym (Smith, Heaven, Ciarrochi, 2008; Lopes, Salovey, Straus, 2003; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000).

Celem zadaniowego **radzenia sobie z chorobą** jako przyczyną stresu jest osiągnięcie optymalnego stanu zdrowia. W przypadku potraktowania przez pacjenta choroby jako zadania, zalecenia lekarskie oraz własne inicjatywy są źródłami aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne (Gałuszka, 2000, 2013; Heszen, Sęk, 2012). W sytuacji choroby najlepsza wydaje się możliwość poprawy stanu emocjonalnego poprzez poznawcze przewartościowanie sytuacji. Emocje jako czynnik energetyzujący zachowanie są motywem pobudzającym do instrumentalnego radzenia sobie z chorobą (Heszen, 2014; Wrona-Polańska, 2011). Odejście od emocjonalnego przeżywania choroby i przejście do poznawczych reinterpretacji wpływa na obniżenie przeżywanego lęku, a także na wyzwolenie emocji pozytywnych i jest podstawą odzyskania zdrowia. Procesy poznawcze z kolei pozwalają na zrozumienie problemu i dobór odpowiednich strategii jego rozwiązania (Wrona-Polańska, 2011).

Wartości są traktowane przez S.H. Schwartz'a jako przekonania, które są związane z preferowanymi przez osobę celami i stanowią motywację do działania (Schwartz, 2006, s. 931). W przypadku kobiet chorujących na depresję będzie to motywacja do zdrowienia, odzyskania pełnionych ról społecznych i realizacji dążeń. Wartości są konstruktem, który potencjalnie może wyjaśniać zachowanie, jednak aby to nastąpiło, należy wziąć pod uwagę cały ich system, a nie pojedyncze ludzkie preferencje (Cieciuch, 2013b). Schwartz analizował też psychologiczne mechanizmy odpowiedzialne za relację wartości z zachowaniem (Schwartz, 2006).

Z badań wynika, że szczególne znaczenie w procesie radzenia sobie ze stresem ma **wsparcie społeczne**, które wpływa na zwiększenie zdolności do wytrwałej i skutecznej z nim walki (Terelak, 2008). Wsparcie społeczne jest także jednym z najważniejszych czynników społecznych determinujących poziom dobrostanu psychicznego jednostki (Krok, 2009, 2011).

Wsparcie społeczne jest istotne w przezwyciężaniu różnych trudności życiowych, radzeniu sobie ze stresem i okazuje się szczególnie znaczące w sytuacji choroby. Szczególne znaczenie ma spostrzegane wsparcie społeczne, gdyż kontakty społeczne dostarczają pozytywnych doświadczeń (Juczyński, 2009). Powołując się na liczne badania, P. Salmon (2002) uważa, że korzyści ze wsparcia społecznego (zwłaszcza emocjonalnego) są dla osoby chorej o wiele większe, niż z niejednej terapii medycznej. W przypadku poważnych chorób somatycznych, pacjenci z większym wsparciem szybciej wracają do zdrowia i żyją dłużej. W przebiegu choroby niezwykle ważny jest udział rodziny. Często motywuje ona pacjenta do walki, pozwala na odreagowanie negatywnych emocji i wspiera emocjonalnie w trudnych chwilach (Walden-Gałuszko, 2012; Salmon, 2002; Loo, Gallarda, 1999).

Literatura tematu oraz dotychczasowe badania nie poruszają zagadnienia wpływu konkretnych czynników na proces zdrowienia w zaburzeniach afektywnych. Koncentrowano się przede wszystkim na badaniu przyczyn zachorowalności na depresję. Prowadzone przez autorkę badania miały na celu udowodnić jaka jest rola wybranych czynników w przebiegu zdrowienia w depresji oraz jakie wskaźniki zdrowienia świadczą o jego efektywności, co mogłoby być wykorzystywane w udzielaniu i planowaniu pomocy psychologicznej.

5.1. Model badawczy

Wyjściowym modelem teoretycznym, którym posłużono się do ustalenia podstawowych wskaźników odzyskiwania zdrowia u pacjentów depresyjnych (Rysunek 1) była poznawcza triada depresyjna, która jest podstawą modelu depresji Becka (2014).

Według A.T. Becka do powstania depresji przyczyniają się mechanizmy, takie jak: triada poznawcza oraz błędy logicznego myślenia. **Triada poznawcza** Becka stanowi podstawę tworzenia się depresji. Osoby jeszcze przed zachorowaniem ujawniają specyficzne zaburzenia w zakresie wiedzy o sobie. Na triadę depresyjną składają się pesymistyczne oceny: sytuacji, własnej osoby oraz przyszłości. Osoba cierpiąca na depresję czuje się bezwartościowa i przypisuje temu swoje negatywne doświadczenia. Jej negatywne poglądy dotyczące przyszłości charakteryzują się poczuciem bezradności, natomiast ich przyczyny

upatrywane są w osobistych defektach, czyli niskiej samoocenie. Do wystąpienia triady depresyjnej prowadzą błędy logicznego myślenia - drugi mechanizm depresji - takie jak: 1) personalizacja – branie na siebie odpowiedzialności za negatywne wydarzenia, mimo że jest to nieuzasadnione i bezpodstawne, 2) nadmierna generalizacja – na podstawie jednostkowego wydarzenia dochodzi do wyciągnięcia ogólnego wniosku, najczęściej dotyczącego własnej niskiej wartości, braku kompetencji itp., 3) arbitralne wnioskowanie – wyciąganie wniosków na podstawie niewielkiej liczby przesłanek lub pomimo ich braku, 4) myślenie *czarno-białe* – zbyt skrajne postrzeganie świata, 5) minimalizowanie i wyolbrzymianie – selektywne błędy oceny, które polegają na wyolbrzymianiu nieistotnych doświadczeń negatywnych oraz pomniejszaniu istotnych doświadczeń pozytywnych: sukcesy są umniejszane, porażki powiększane oraz 6) selektywne abstrahowanie – koncentracja na błahym negatywnym szczególe przy jednoczesnym pomijaniu ważniejszych aspektów sytuacji (Beck, Haigh, 2014; Wright, Thase, Beck, Ludgate, 2003; Clark, Beck, Alford, 1999; D'Avanzato, Joormann, Siemer, Gotlib, 2013; Pużyński, 2009; Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Loo, Gallarda, 1999).

Wielowymiarowy model dobrostanu psychicznego zaprezentowany przez C.D. Ryff (1989, 2014) wyróżnił sześć podstawowych czynników dobrostanu psychicznego: samoakceptacja, cel życiowy, panowanie nad środowiskiem, pozytywne relacje z innymi, rozwój osobisty oraz autonomia (Ryff, 2014; Krok, 2009). Koncepcja ta bazuje na pracach psychologów humanistycznych i rozwojowych, m.in. Eriksona (1994) i Masłowa (1993, 1999).

Na podstawie modelu dobrostanu psychicznego C.D. Ryff (1989, 2014), spośród sześciu czynników tworzących wielowymiarowy model dobrostanu, wyróżniono następujące wskaźniki: *samoakceptacja*, cel życiowy – *dążenia osobiste i plany* oraz pozytywne relacje z innymi - *kompetencje społeczne*, co wpływa na pojawienie się poczucia *dobrostanu psychicznego*. Wskaźniki te wyłoniono jako przeciwstawne do poznawczej triady depresyjnej.

Samoakceptacja, czyli pozytywny stosunek do własnego Ja, głęboki szacunek do samego siebie wraz ze świadomością własnych pozytywnych i negatywnych cech, jest centralnym aspektem dobrostanu. Samoakceptacja jest także główną cechą zdrowia psychicznego (Jahoda, 1979), optymalnego funkcjonowania (Rogers, 1995, 2002) i samoaktualizacji (Maslow, 2004) (Diener, Lucas i Oishi, 2012; Ryff Singer, 2008).

Realizacja celów i dążeń ma istotne znaczenie dla dobrostanu psychicznego jednostki. Cel życiowy bazuje głównie na pojęciu *poszukiwania sensu życia* opracowanego przez

V. Frankla (2009). Podstawowym wyzwaniem człowieka jest tworzenie sensu i celu życia. Wymiar ten reprezentuje umiejętności realizacji zadań życiowych oraz zdolność jednostki do odnajdywania sensu i kierunku w życiu (Krok, 2011; Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002; Ryff, Keyes, 1995). Podobnie R.A. Emmons (1992) i B.R. Little (1999) uważają, że posiadanie ważnych celów oraz dążenie do ich realizacji są wskaźnikami dobrostanu.

Wymiarem dobrostanu psychicznego są także pozytywne relacje z innymi. Obejmują one siłę, radość i przyjemność, wypływające z bliskiego kontaktu, zażyłości i prawdziwej miłości. Krótkotrwałe, powierzchowne związki nie są natomiast zadowalające (Ryff, 2014; Ryff, Singer, 2012). Wyróżnione czynniki przyjęto jako wskaźniki odzyskiwania zdrowia.

Model wskaźników odzyskiwania zdrowia



Rysunek 1. Źródło: opracowanie własne.

Kolejno zastosowano koncepcję odzyskiwania zdrowia według G. Roberts, P. Wolfson (2004) w odniesieniu do wskaźników zdrowienia w depresji, przyjętych na podstawie modelu dobrostanu psychicznego C.D. Ryff (Ryff, 2014; Ryff, Singer, 2008).

Zdrowienie przyjmuje odzyskiwanie tego, co zostało utracone w wyniku choroby, ale także zakłada wychodzenie poza chorobę i oraz ograniczenia (Kabat-Zinn, 2013).

Według Roberts, Wolfson (2004) osoby, które pokonały chorobę psychiczną, odzyskiwanie zdrowia wiąże z odzyskiwaniem wewnętrznego Ja (**odzyskiwanie świadomości własnego Ja**), z odzyskiwaniem osobistych ról społecznych oraz ze sposobami, w jakie jednostka nawiązuje relacje i wpływa na otoczenie (Roberts, Wolfson, 2004).

Odzyskiwanie wewnętrznego Ja wiąże się z wiarą w siebie, samoakceptacją oraz wewnętrzną integralnością. Odzyskiwanie ról społecznych polega na aktywnym uczestnictwie w życiu społecznym i czuciu się potrzebnym. Nawiązywanie znaczących relacji z innymi ludźmi jest kolejnym ważnym elementem zdrowienia (Roberts, Wolfson, 2004).

Schemat wskaźników dobrostanu psychicznego przedstawia poniższy Rysunek 2. Jest on wprowadzeniem do modelu badawczego pracy.

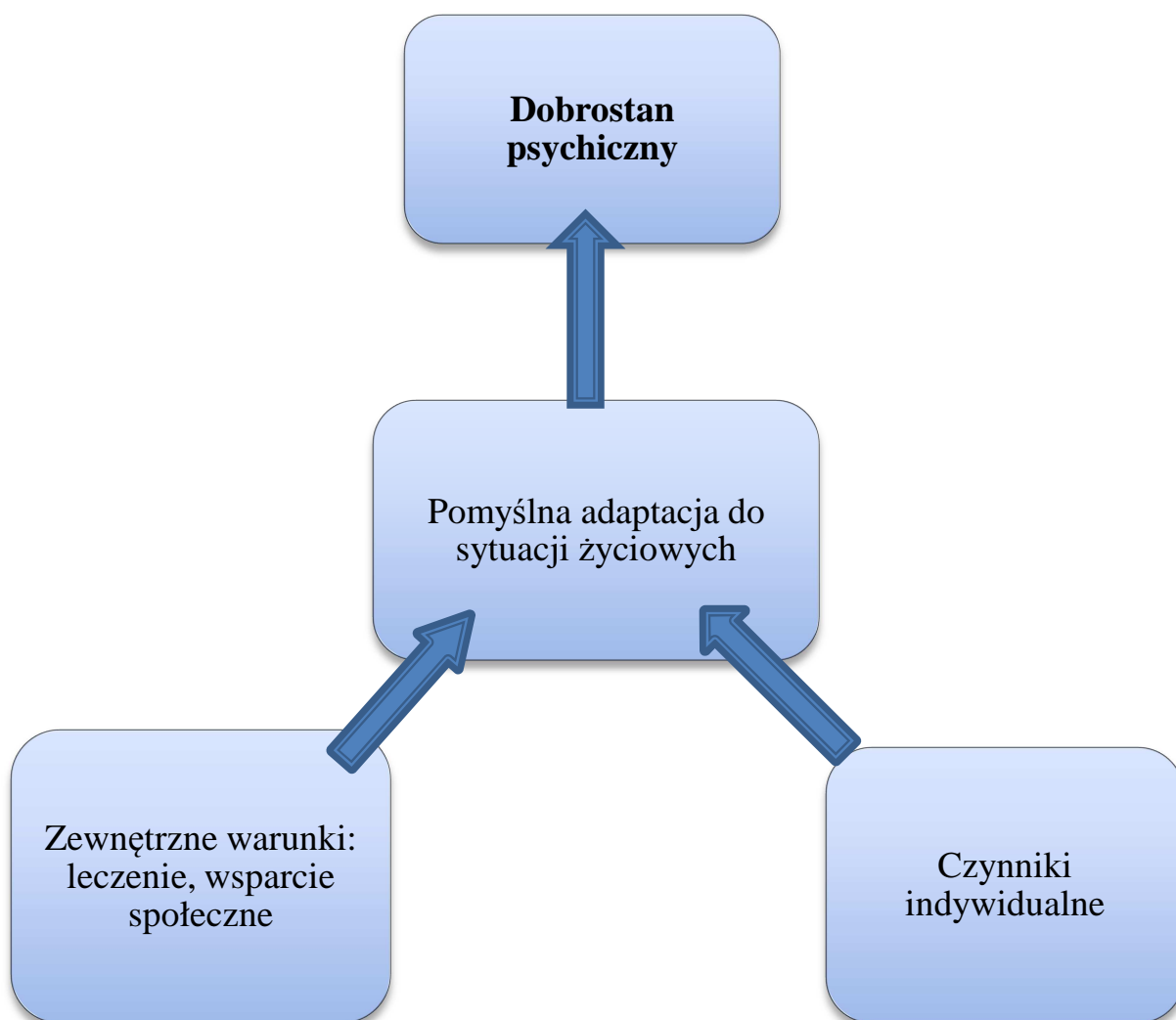
Schemat wskaźników dobrostanu psychicznego



Rysunek 2. Źródło: opracowanie własne.

Następnie zastosowano schemat odzyskiwania dobrostanu psychicznego na podstawie *modelu dobrostanu psychicznego R.A. Cummins*, (za: Cummins, 2003; Cummins, Gullone, Lau, 2002, s. 15). Model ten zakłada, że dobrostan jest kontrolowany bezpośrednio przez osobowość, a pośrednio przez bufory poznawcze, które nie będą miały większego udziału w przypadku braku silnych niezaspokojonych potrzeb. Homeostatyczny system dobrostanu będzie zachowywał wówczas stabilny poziom (Krok, 2009; Cummins, 2003). Schemat odzyskiwania dobrostanu psychicznego przedstawia Rysunek 3.

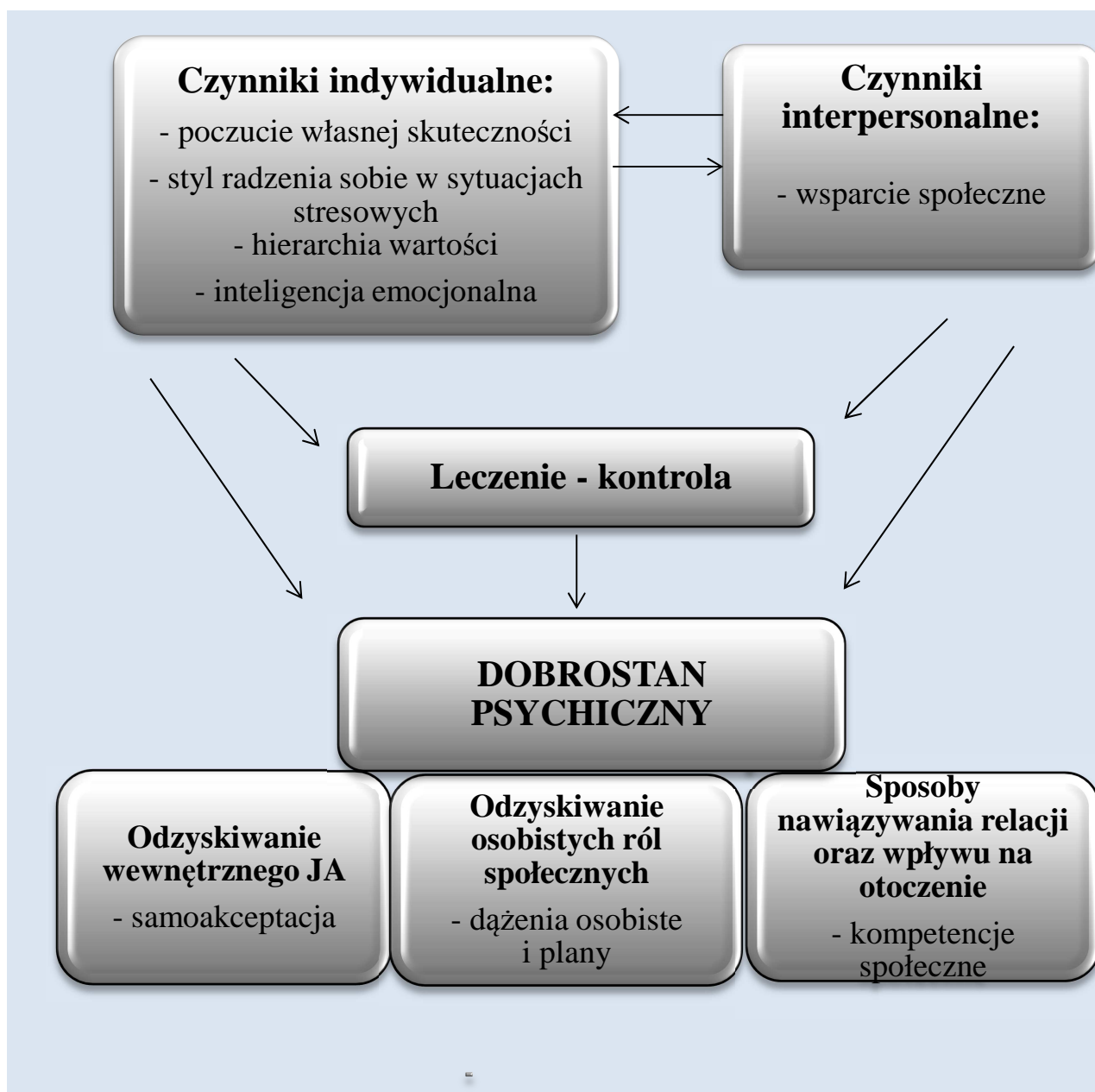
Zmodyfikowany homeostatyczny model dobrostanu psychicznego



Rysunek 3. Źródło: R.A. Cummins, 2003.

Na podstawie koncepcji teoretycznych skonstruowano poniższy model badawczy, przedstawiony na Rysunku 4.

MODEL BADAWCZY



Rysunek 4. Źródło: opracowanie własne.

5.2. Pytania badawcze

Problem badawczy dotyczy zależności pomiędzy czynnikami indywidualnymi i wsparciem społecznym a efektywnością przebiegu zdrowienia w zaburzeniach afektywnych. Zdecydowano się na kontrolowanie zmiennej: proces leczenia.

Ze względu na brak doniesień empirycznych we wskazanym obszarze i eksploracyjny charakter niniejszych badań, celowe było postawienie ogólnych pytań badawczych, bowiem stan wiedzy nie uprawnia do wysunięcia hipotez, stanowiących jednoznaczne rozstrzygnięcie poruszanych kwestii. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest charakterystyka grupy kobiet chorujących na depresję pod względem danych demograficznych i sytuacji rodzinnej?

2. Jaki jest udział badanych kobiet w leczeniu?

3. Jaka jest charakterystyka psychologiczna badanych kobiet w zakresie zmiennych indywidualnych oraz wsparcia społecznego?

3.1. Jaki jest poziom wskaźników zdrowienia na początku leczenia i po zastosowanym leczeniu w grupie kobiet chorujących na depresję?

4. Jakie są istotne różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla całej grupy na początku leczenia i po jego zastosowaniu?

5. Które ze zmiennych zawartych w modelu badawczym w najwyższym stopniu wyjaśniają efektywność procesu zdrowienia pacjentek z depresją dla całej 202-osobowej grupy?

6. Czy można wyodrębnić typy pacjentek chorujących na depresję ze względu na określony profil czynników psychologicznych i prezentowanych wartości, które mogą sprzyjać procesowi zdrowienia?

6.1. Jaka jest charakterystyka demograficzna osób o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach?

6.2. Jaka jest sytuacja rodzinna osób o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach?

6.3. Jaki jest przebieg leczenia wyróżnionych grup pacjentek?

6.4. Jaki jest poziom wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych profili psychologicznych na początku leczenia?

7. Czy pacjentki o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach korzystają ze wsparcia społecznego dostarczanego przez interakcję z innymi?

7.1. Czy występują statystycznie istotne różnice w otrzymywanym wsparciu pomiędzy wyróżnionymi typami pacjentek chorujących na depresję?

8. Które zmienne uwzględnione w modelu badawczym stanowią czynniki efektywnego zdrowienia w grupach wyodrębnionych typów pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach?

8.1. Jaki jest poziom dobrostanu psychicznego, samoakceptacji, kompetencji społecznych, jakie są dążenia osobiste i plany wyróżnionych typów pacjentek depresyjnych po zastosowanym leczeniu?

8.2. Jakie zachodzą różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla każdego profilu na początku leczenia i po jego zastosowaniu? Czy pacjentki o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach, chorujące na depresję, będą różniły się istotnie statystycznie efektywnością zdrowienia?

8.3. Czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, korzystaniem przez nie ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia?

6. Zmienne i ich operacjonalizacja

Informacje na temat badanych zmiennych, wskaźników oraz narzędzi służących do ich pomiaru zaprezentowano w Tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka zmiennych.

	ZMIENNE NIEZALEŻNE		WSKAŹNIKI ZMIENNYCH	NARZĘDZIE POMIARU
CZYNNIKI WSPIERAJĄCE ODZYSKIWANIE WEWNĘTRZNEGO „JA”, ODZYSKIWANIE OSOBISTYCH RÓL SPOŁECZNYCH ORAZ SPOSOBY, W JAKIE JEDNOSTKA NAWIĄZUJE RELACJE I WPŁYWA NA OTOCZENIE	Czynniki jednostkowe wspierające odzyskiwanie zdrowia	Poczucie własnej skuteczności	<ul style="list-style-type: none"> Ogólne przekonanie jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami 	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES
		Inteligencja emocjonalna	<ul style="list-style-type: none"> Zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji Zdolność do regulowania emocji u siebie i innych Zdolność do wykorzystania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie 	Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE
		Styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych	<ul style="list-style-type: none"> Natężenie stylu skoncentrowanego na zadaniu - Wynik na skali SSZ Natężenie stylu skoncentrowanego na emocjach - Wynik na skali SSE Natężenie stylu skoncentrowanego na unikaniu - Wynik na skali SSU Natężenie angażowania się w czynności zastępcze - Wynik na skali SSU - ACZ 	Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

			<ul style="list-style-type: none"> • Natężenie poszukiwania kontaktów towarzyskich <p>Wynik na skali SSU - PKT</p>	
		Hierarchia wartości	<ul style="list-style-type: none"> • Osiągnięcia • Hedonizm • Stymulacja • Kierowanie sobą w działaniu • Kierowanie sobą w myśleniu • Uniwersalizm – tolerancja • Uniwersalizm ekologiczny • Uniwersalizm społeczny • Życzliwość – troskliwość • Życzliwość – niezawodność • Pokora • Przystosowanie do ludzi • Przystosowanie do reguł • Tradycja • Bezpieczeństwo społeczne • Bezpieczeństwo osobiste • Prestiż • Władza nad zasobami • Władza nad ludźmi 	Kwestionariusz PVQ-R3-f

	Czynniki interpersonalne wspierające odzyskiwanie zdrowia	Wsparcie społeczne	<ul style="list-style-type: none"> • Spostrzegane dostępne wsparcie • Zapotrzebowanie na wsparcie • Poszukiwanie wsparcia • Aktualnie otrzymywane wsparcie • Wsparcie buforująco-ochronne 	Berlińska Skala Wsparcia Społecznego BSSS
	ZMIENNE ZALEŻNE		WSKAŹNIKI ZMIENNYCH	NARZĘDZIE POMIARU
WSKAŹNIKI EFEKTYWNEGO ZDROWIENIA W CHOROBY AFEKTYWNEJ	Wskaźniki efektywnego zdrowienia	Samoakceptacja	<ul style="list-style-type: none"> • Ogólna samoocena • Kompetencje • Bycie kochanym • Popularność • Zdolności przywódcze • Samokontrola • Samoakceptacja moralna • Atrakcyjność fizyczna • Witalność • Integracja Tożsamości • Obronne wzmacnianie samooceny 	Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI
		Percepcja poziomu dobrostanu psychicznego	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia • Panowanie nad środowiskiem • Rozwój osobisty • Pozytywne relacje z innymi • Cel życiowy • Akceptacja siebie 	Skala Dobrostanu Psychicznego PWB
		Dążenia osobiste – realizacja planów	<ul style="list-style-type: none"> • Stopień orientacji na cel • Planowość • Szczegółowość planowania • Bogactwo treści życia 	Wielowymiarowy Kwestionariusz Planów WKP

			<ul style="list-style-type: none"> Unikanie porażek Wsparcie społeczne 	
		Kompetencje społeczne	Poziom kompetencji ujawnianych w: <ul style="list-style-type: none"> sytuacjach ekspozycji społecznej, sytuacjach wymagających asertywności, sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego 	Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS
	ZMIENNE KONTROLOWANE		WSKAŹNIKI ZMIENNYCH	NARZĘDZIE POMIARU
	Proces leczenia	Czynny udział w procesie leczenia, współpraca z lekarzem, wiedza o chorobie	<ul style="list-style-type: none"> Odpowiedzi na pytania 	Wywiad
		Farmakologiczne schematy leczenia zaburzeń depresyjnych	Informacje zawarte w karcie chorego	Informacje zawarte w karcie chorego

7. Próba badawcza

Grupę osób badanych stanowiły pacjentki oddziałów psychiatrycznych z diagnozą zaburzeń depresyjnych typu endogenne, hospitalizowane po raz pierwszy. Dobór do grupy miał charakter celowy - oparty był na diagnozie psychiatrycznej, przeprowadzanej przez zespół lekarzy psychiatrów, konsultujących ewentualne wątpliwości podczas porad lekarskich, w obecności Ordynatora Oddziału. Początkowo, badaniu zostało poddanych 230 kobiet chorujących na depresję. W drugim etapie badania (w poradniach przyszpitalnych) wzięła jednak udział mniejsza liczba pacjentek, zatem ostatecznie liczba badanych kobiet wyniosła 202 osoby.

Na podstawie I etapu badań wyróżnione zostały typy psychologiczne kobiet depresyjnych charakteryzujące się określonym profilem cech. Badania zostały przeprowadzone w roku 2016 oraz 2017 na oddziałach psychiatrycznych szpitali w województwie śląskim: Oddziale Psychiatrycznym oraz Oddziale Psychiatrycznym dla Chorych Somatycznie Szpitala Miejskiego nr 1 w Sosnowcu, Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie oraz Oddziale Psychiatrycznym Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, a także w Poradniach Zdrowia Psychicznego w/w szpitali.

8. Organizacja i przebieg badań

Autorka uzyskała zezwolenia na przeprowadzenie badań, zwracając się pisemnie do Dyrekcji poszczególnych szpitali z prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badań pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi, zaznaczając, że badania te będą anonimowe i wykorzystane jedynie do celów naukowych jako podstawa dysertacji doktorskiej. Następnie, posiadając zgodę Dyrekcji wybranych szpitali, autorka zwracała się bezpośrednio do Ordynatorów poszczególnych oddziałów z prośbą o zaakceptowanie zgody na badania.

Badania zostały przeprowadzone w dwóch okresach czasowych. Etap pierwszy obejmował badanie pacjentek w ciągu 4 pierwszych tygodni pobytu na oddziale szpitalnym, gdy efekt działania środków farmakologicznych nie jest jeszcze znaczący dla funkcjonowania pacjenta. Etap drugi zawierał badanie przeprowadzane w przyszpitalnej poradni - nie wcześniej niż po pół roku leczenia - ze względu na aspekt adaptacji, czyli ponownego przystosowania się do środowiska i wymogów sytuacji, zaistnienie zmian w psychospołecznym funkcjonowaniu pacjentek dzięki leczeniu i nabywaniu umiejętności korzystania z wewnętrznych oraz zewnętrznych zasobów (Yates, Egeland, Sroufe, 2003). Natomiast nie dłużej niż po roku, aby nie doszło do sytuacji ewentualnego nawrotu choroby. Najczęściej badanie przeprowadzano po 8 miesiącach leczenia. Badania miały charakter dobrowolny, podzielone były zazwyczaj na 2-3 spotkania indywidualne z każdą pacjentką, ze względu na znaczną liczbę narzędzi badawczych i występujące uczucie zmęczenia, które było czynnikiem decydującym o zakończeniu danego spotkania i wyznaczeniu kolejnego terminu kontynuacji badania. Pacjentki już podczas pierwszego badania wyraziły zgodę na badania dwuetapowe, kontynuowane po opuszczeniu oddziału szpitalnego - w poradni. Badania przeprowadzano w spokojnych warunkach, zapewniających pacjentkom dyskrecję –

w gabinecie psychologa lub pielęgniarki oddziałowej. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim etapie badań każda pacjentka, która przystąpiła do badania, czyli rozpoczęła wypełnianie narzędzi pomiarowych na oddziale szpitalnym czy w poradni, odbyła dane badanie do końca i nie wycofała się w trakcie jego trwania. Pacjentki prawdopodobnie traktowały spotkania jako źródło dodatkowego wsparcia, ze względu na możliwość bezpośredniego kontaktu oraz rozmowy.

ETAP I:

- 1) Charakterystyka psychologiczna grupy kobiet chorujących na depresję w zakresie zmiennych indywidualnych.
- 2) Określenie poziomu wskaźników zdrowienia w grupie kobiet chorujących na depresję.
- 3) Wyodrębnienie grup pacjentek chorujących na depresję, różniących się pod względem podobnych homogenicznie cech i wartości.
- 4) Określenie poziomu wskaźników dobrostanu psychicznego dla każdej grupy o określonym profilu cech indywidualnych i deklarowanych wartościach.
- 5) Badanie poziomu wsparcia społecznego wśród pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach.
- 6) Kontrola procesu leczenia pacjentek hospitalizowanych:
 - **schematy leczenia** farmakologicznego depresji (inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI), trój- i czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne, inhibitory monoaminooksydazy, inne leki)
 - **udział w leczeniu**: czynny/bierny

ETAP II:

- 1) Określenie różnic w poziomie wskaźników zdrowienia dla całej grupy na początku leczenia i po jego zastosowaniu.
- 2) Ustalenie predyktorów sprzyjających efektywności zdrowienia dla całej grupy badanych (202 osoby).

- 3) Badanie różnic w otrzymywanym wsparciu pomiędzy wyróżnionymi typami pacjentek chorujących na depresję.
- 4) Kontrola poziomu wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych grup pacjentek.
- 5) Ustalenie czynników efektywnego zdrowienia w grupach wyodrębnionych typów pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach.

9. Kierunki statystycznej analizy danych

Analiza statystyczna obejmowała statystykę opisową - testy niezależności χ^2 , analizę skupień metodą k-średnich, analizę wariancji ANOVA z testami post hoc, analizę regresji logistycznej oraz nieparametryczne testy istotności.

W celu wyodrębnienia grup chorujących na depresję pacjentek, różniących się pod względem cech indywidualnych, przeprowadzona została się analiza skupień metodą k-średnich. W ramach analizy podjęta została próba ustalenia zróżnicowania badanej grupy pacjentek w zakresie 28 zmiennych indywidualnych. Uzyskane grupy pacjentek o zróżnicowanym profilu psychologicznym dają możliwość określenia profilu, który jest bardziej sprzyjający procesowi odzyskiwania zdrowia.

10. Charakterystyka narzędzi pomiarowych

W badaniu wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze:

10.1. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES Schwarzera w polskiej adaptacji Juczyński (2001)

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, *Generalized Self-Efficacy Scale*) autorstwa Schwarzera i Jerusalema (polska adaptacja: Juczyński) służy do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Obejmuje siłę ogólnych przekonań jednostki, które wyrażają jej przeświadczenie dotyczące poradzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Skala składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika, a wyniki są liczone według klucza, które należy interpretować w odniesieniu do norm stenowych. Na każde pytanie możliwe są do wyboru 4 odpowiedzi, od *NIE* – oceniane 1 punktem, do *TAK* – oceniane 4 punktami. Suma wszystkich ocen składa się na ogólny wskaźnik poczucia własnej

skuteczności. Polska wersja skali posiada dobre właściwości psychometryczne współczynnika *alfa* Cronbacha = 0,85 (Juczyński, 2009; Schwarzer 1993).

10.2. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE w polskiej adaptacji Ciechanowicz, Jaworowska, Matczak (2000)

Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej jest jedną z metod do badania inteligencji emocjonalnej jako cechy. Uwzględnia trzy typy zdolności składających się na inteligencję emocjonalną: zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji; zdolność do ich regulowania u siebie i innych; zdolność do wykorzystania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie. Kwestionariusz składa się z 33 pozycji. Respondent zgodnie z instrukcją ma za zadanie udzielić odpowiedzi na 5-stopniowej skali, gdzie cyfry stanowią takie odpowiedniki: 1 - zdecydowanie nie zgadzam się, 2 - raczej nie zgadzam się, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej zgadzam się oraz 5 - zdecydowanie zgadzam się. W polskiej wersji INTE, dla prób normalizujących współczynniki *alfa* Cronbacha mieszczą się w granicach od 0,83 do 0,87, co świadczy o jego wysokiej rzetelności (Jaworowska, Matczak 2008).

10.3. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS w polskiej adaptacji Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski (2009)

Kwestionariusz CISS opracowany został przez Endler i Parker (1990). Służy do diagnozy stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5 stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych (gdzie: 1 – nigdy, 2 – bardzo rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – bardzo często). Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu. Wykazano wysoką zgodność wewnętrzną poszczególnych skal (współczynniki w granicach 0,78 - 0,90) (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2009).

10.4. Kwestionariusz PVQ-R3-f S. Schwartza w polskiej adaptacji Cieciuch (2012)

Kwestionariusz mierzy następujące wartości: bezpieczeństwo, władza, osiągnięcia, hedonizm, stymulacja, kierowanie sobą, uniwersalizm, życzliwość, tradycja oraz przystosowanie. Modyfikację modelu wartości przeprowadzoną przez Schwartza i współpracowników (2012) potwierdziły badania zrealizowane w 10 krajach, w tym w Polsce. Zadaniem osoby badanej jest określenie na skali, w jakim stopniu opisywana osoba jest podobna do badanego: 1 – zupełnie niepodobny do mnie, 2 – niepodobny do mnie, 3 – trochę podobny do mnie, 4 – średnio podobny do mnie, 5 – podobny do mnie, 6 – bardzo podobny do mnie. Kwestionariusz składa się z 57 itemów. Średni wskaźnik α Cronbacha dla tej wersji kwestionariusza wynosi 0,73 (Schwartz, Cieciuch, Vecchione, Davidov, Fischer, Beierlein, Ramos, Verkasalo, Lönnqvist, Demirutku, Dirilen-Gumus, Konty, 2012; Cieciuch, Zalewski, 2011).

10.5. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego BSSS w polskiej adaptacji Łuszczyńskiej, Kowalskiej (2002)

W badaniu zastosowana zostanie polska wersja Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS, *Berlin Social Support Scales*), autorstwa Ralfa Schwarzera w adaptacji Łuszczyńskiej, Kowalskiej (2002). Jest to zestaw narzędzi służących do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego. Kwestionariusz BSSS składa się z 38 twierdzeń tworzących pięć skal: spostrzegane dostępne wsparcie (8 pozycji), zapotrzebowanie na wsparcie (4 pozycje), poszukiwanie wsparcia (5 pozycji), aktualnie otrzymywane wsparcie (15 pozycji) oraz wsparcie buforująco-ochronne (6 pozycji). Odpowiedzi udzielane są na skali od 1 do 4 (zdecydowanie nie, raczej nie, raczej tak, zdecydowanie tak). Odpowiedzi udziela się w 4 - punktowej skali szacunkowej. Wynik każdej podskali określa przedział 1–4 punkty. Większa liczba punktów oznacza większe wsparcie społeczne. Wskaźniki rzetelności skali (alfa Cronbacha) były satysfakcjonujące i wahały się w granicach od 0,74 do 0,90. Przeprowadzone analizy potwierdziły, że polska adaptacja BSSS jest satysfakcjonująco trafna i rzetelna (Łuszczyńska, Kowalska, Mazurkiewicz, Schwarzer, 2006; Krok, 2009).

10.6. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI w polskiej adaptacji Fecenec (2008)

Kwestionariusz służy do badania samooceny. Składa się z 11 skal - dziewięć z nich bezpośrednio dotyczy poczucia własnej wartości, jego ogólnego poziomu oraz ośmiu komponentów odnoszących się do szczegółowych aspektów funkcjonowania człowieka, takich jak: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna i witalność. Ponadto zawiera skalę do oceny spójności obrazu siebie, która świadczy o efektywności procesu samopoznania, a także skalę pozwalającą ocenić poziom potrzeby aprobaty społecznej. Kwestionariusz składa się z 116 pozycji testowych, do których badany ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali. Rzetelność: zadowalająca lub wysoka zgodność wewnętrzna większości skal (współczynniki alfa Cronbacha przybierają wartości między 0,70 a 0,90) (Fecenec, 2008).

10.7. Skala Dobrostanu Psychicznego PWB w polskiej adaptacji Krok (2009)

Skala Dobrostanu Psychicznego (Psychological Well-Being PWB; Ryff, Keyes, 1995) składa się z 42 twierdzeń (polska adaptacja: Krok, 2009). Odpowiedzi zaznacza się na skali: 1 = zdecydowanie nie zgadzam się, 2 = nie zgadzam się, 3 = raczej nie zgadzam się, 4 = nie mam zdania, 5 = raczej zgadzam się, 6 = zgadzam się, 7 = zdecydowanie zgadzam się. Wskaźniki rzetelności Alfa Cronbacha dla poszczególnych skal mieszczą się w granicach od 0,83 do 0,91. Przeprowadzone analizy trafności przy zastosowaniu skal mierzących satysfakcję, zadowolenie i depresję potwierdziły wysoką wartość narzędzia (Krok, 2009).

10.8. Wielowymiarowy Kwestionariusz Planów (WKP) Błazek, Kadzikowska-Wrzosek (2002)

Kwestionariusz WKP służy do oceny właściwości tworzonych i realizowanych przez jednostkę planów. W skład kwestionariusza wchodzi sześć skal, obejmujących łącznie 55 pozycji. Są to skale: stopień orientacji na cele, planowość, szczegółowość planowania, bogactwo treści życia, unikanie porażek, wsparcie społeczne. Badane osoby ustosunkowują się do pozycji kwestionariusza na pięciostopniowej skali: Z – całkowicie zgadzam się, z – zgadzam się, o – nie mam zdania, n – nie zgadzam się, N – zdecydowanie nie zgadzam się. Rzetelność pomiaru oszacowana współczynnikiem alfa Cronbacha mieści się w granicach od 0,72 do 0,84 (Błazek, Kadzikowska-Wrzosek, 2002).

10.9. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS (Matczak, 2007)

Kwestionariusz KKS przeznaczony jest do badania kompetencji społecznych rozumianych jako nabyte umiejętności warunkujące efektywność funkcjonowania w różnych sytuacjach społecznych. Zawiera 90 pytań z czterokategorialnym formatem odpowiedzi, z których sześćdziesiąt ma charakter diagnostyczny i służy do rzetelnego oszacowania ogólnego poziomu kompetencji społecznych oraz poziomu kompetencji społecznych w trzech kluczowych typach sytuacji społecznych: sytuacjach intymnych (wymagających bliskiego kontaktu interpersonalnego), sytuacjach ekspozycji społecznej oraz sytuacjach wymagających asertywności (tj. wywierania wpływu i opierania się mu) (Matczak, 2007).

10.10. Wywiad

W swoich badaniach zastosowałam metodę wywiadu, która stanowi rozmowę *badającego z respondentem, poprzez którą badający chce uzyskać od respondenta dane określone celem badań* (Pilch, Bauman, 2010, s. 91). Wywiad jest metodą zbierania danych jakościowych, która polega na kierowanej przez badacza rozmowie z osobą badaną (Rubacha, 2016). Z tej definicji wywodzą się dwa kryteria klasyfikacji wywiadów: stopień kierowania wywiadem oraz liczba badanych uczestniczących w wywiadzie. Zgodnie z pierwszym kryterium zastosowano wywiad *kompletnie kierowany* – rozmowę opartą na kwestionariuszu pytań oraz odpowiedzi do wyboru. Natomiast uwzględniając drugie kryterium, przeprowadzono wywiad *indywidualny* z pacjentkami chorującymi na depresję endogenną.

Zastosowany wywiad zawiera pytania dotyczące wybranych cech socjodemograficznych pacjentek, jak wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy. Zawiera także pytania dotyczące posiadanej wiedzy na temat depresji, źródeł tej wiedzy oraz nastawienia badanych kobiet do leczenia: czy ich udział w leczeniu jest aktywny, bierny czy negatywny.

Podsumowując, w swoich badaniach zastosowałam ***techniki badań jakościowych***: wywiad oraz ***techniki badań ilościowych***: skale i kwestionariusze oraz analizę danych statystycznych.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

11. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych kobiet

Empiryczną część pracy rozpocznę od przedstawienia charakterystyki społeczno-demograficznej badanych kobiet chorujących na depresję. Badaniami została objęta grupa pacjentek w wieku od 30 do 83 lat. Średnia wieku kobiet z depresją wyniosła 56 lat, $M = 56,38$. Minimalna liczba posiadanych przez badane dzieci wyniosła 0, maksymalna 4, natomiast wartość przeciętna to 2 dzieci, średnia: $M = 1,60$. Dane uzyskane z Wywiadu prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Statystyka opisowa zmiennej wiek oraz liczba dzieci w grupie badawczej kobiet chorujących na depresję.

	N	M	Me	Min	Max	SD
Wiek	202,0	56,38	56,00	30,00	83,00	11,627
Liczba dzieci	202,0	1,60	2,00	0,00	4,00	0,768

Najwięcej spośród badanych kobiet posiadało dwoje (46,04%) lub jedno dziecko (38,61%). Największą liczbę dzieci (czworo) posiadało tylko 0,99% kobiet, natomiast 5,94% kobiet było bezdzietnych.

W grupie badanych największą liczbę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (48%) oraz zawodowym (37%), natomiast najmniej było osób z wykształceniem podstawowym (4%) oraz wyższym (11%). Dane zamieszczono w Tabeli 3.

Tabela 3. Statystyka opisowa zmiennej wykształcenie, stan cywilny i status zawodowy w grupie badanych kobiet.

Wykształcenie	N	%
podstawowe	8	3,96040
zawodowe	75	37,12871
średnie	96	47,52475
wyższe	23	11,38614

Stan cywilny	N	%
panna	8	3,96040
mężatka	106	52,47525
rozwiedziona	30	14,85149
wdowa	37	18,31683
w związku nieformalnym	21	10,39604
Status zawodowy	N	%
pracująca	54	26,73267
bezrobotna	43	21,28713
rencistka	37	18,31683
emerytka	68	33,66337

Ponad połowa kobiet była zamężna (53%), panny stanowiły najmniejszą liczbę badanych (4%), natomiast część kobiet to wdowy (18%), osoby rozwiedzione (15%) lub pozostające w związkach nieformalnych (10%). Pod względem statusu zawodowego badanych kobiet występuje zróżnicowanie na osoby emerytowane (34%), pracujące (27%), bezrobotne (21%) oraz rencistki (18%).

12. Charakterystyka osób badanych pod względem wiedzy o chorobie i jej źródeł, nastawienia do leczenia oraz schematu leczenia farmakologicznego.

Przeważająca liczba badanych osób posiadała wiedzę na temat depresji (79%), natomiast 21% kobiet nie miało wiedzy o chorobie. Wiedzę pacjentki najczęściej pozyskiwały z gazet (55%), internetu (49%), telewizji (44%) oraz od lekarza (40%). Wyniki zamieszczono w Tabeli 4.

Tabela 4. Statystyka opisowa zmiennej wiedza o chorobie osób badanych oraz źródła czerpanej wiedzy.

Wiedza o chorobie	N	%
TAK	160	79,20792
NIE	42	20,79208

Źródła czerpanej wiedzy	N	%
z fachowej literatury	34	21,25
z broszur	32	20,00
z gazet	88	55,00
z telewizji	70	43,75
z internetu	79	49,38
od lekarza	63	39,38
od psychologa	27	16,88
od innych pacjentów	29	18,13
inne, np. od znajomych	9	5,63

Dane z wywiadu pokazują, że większość kobiet (62%) aktywnie angażuje się w proces leczenia, niemal taki sam procent kobiet (61%) nie wykazuje negatywnego stosunku do leczenia. Pozostałe pacjentki nie biorą aktywnego udziału w leczeniu, także ich stosunek do leczenia choroby jest negatywny lub bierny. Wyniki prezentuje Tabela 5.

Tabela 5. Statystyka opisowa zmiennej udział pacjentek w leczeniu: aktywny, negatywny, bierny.

Aktywny udział w leczeniu	N	%
TAK	125	61,88119
NIE	77	38,11881
Negatywny udział w leczeniu	N	%
TAK	79	39,10891
NIE	123	60,89109
Bierny udział w leczeniu	N	%
TAK	72	35,64356
NIE	130	64,35644

Uzyskany materiał wskazuje, że dla poprawy stanu zdrowia pacjentki leczone są różnymi środkami farmakologicznymi (patrz Tabela 6).

Tabela 6. Schemat leczenia farmakologicznego osób badanych.

Schemat leczenia	N	%
sertralina	54	26,73
fluoksetyna	11	5,45
escitalopram	10	4,95
citalopram	25	12,38
paroksetyna	19	9,41
wenlafaksyna	38	18,81
duloksetyna	3	1,49
tianeptyna	3	1,49
klomipramina	16	7,92
amitryptylina	11	5,45
doksepina	8	3,96
opipramol	13	6,44
mianseryna	49	24,26
mirtazapina	13	6,44
trazodon	65	32,18
moklobemid	5	2,48

Najczęściej występującymi schematami leczenia farmakologicznego w grupie badanych osób były: leki z grupy SSRI – sertralina (27%) i citalopram (12%); z grupy SNRI – wenlafaksyna (19%); z grupy NaSSA – mianseryna (24%); oraz z grupy SARI – trazodon (32%).

13. Charakterystyka psychologiczna grupy kobiet w zakresie zmiennych indywidualnych oraz wsparcia społecznego na podstawie I etapu badań.

W tej części pracy przedstawię statystykę opisową dla całej grupy kobiet chorujących na depresję, badanych pod względem poziomu zmiennych niezależnych oraz wyjściowego poziomu zmiennych zależnych na początku leczenia.

Badanie przeprowadzone przy użyciu Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES wykazało, że grupa charakteryzuje się obniżonym poczuciem własnej skuteczności. Średni

wynik ogólnego wskaźnika poczucia własnej skuteczności wyniósł: $M = 23,10$. Wyniki zamieszczono w Tabeli 7.

Tabela 7. Statystyka zmiennej GSES w grupie badawczej osób chorujących na depresję.

GSES	N	M	Me	Min	Max	SD
Poczucie własnej skuteczności	202,0	23,10	22,00	12,00	37,00	5,893

Badanie pacjentek przeprowadzone za pomocą Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej INTE ujawniło niskie wyniki we wszystkich skalach: wynik ogólny inteligencji emocjonalnej ($M = 114,11$), czynnik I – zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania ($M = 53,13$) i czynnik II – zdolność do rozpoznawania emocji ($M = 39,47$). Wyniki umieszczono w Tabeli 8.

Tabela 8. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza INTE w grupie badanych osób.

INTE	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna inteligencja emocjonalna	202,0	114,11	122,50	66,00	153,00	26,256
Czynnik I - wykorzystywanie emocji w celu wspomagania myślenia i działania	202,0	53,13	58,00	26,00	77,00	14,666
Czynnik II - rozpoznawanie emocji	202,0	39,47	44,00	19,00	59,00	11,458

Na podstawie badania Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS można stwierdzić, że grupa badanych odznacza się podwyższonymi wynikami w skali Styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach ($M = 56,17$), średnimi wynikami w skali Styl skoncentrowany na unikaniu ($M = 43,20$) oraz angażowaniu się w czynności zastępcze

($M = 20,34$), natomiast obniżonymi wynikami w skali Styl skoncentrowany na zadaniu ($M = 50,69$) oraz poszukiwaniu kontaktów towarzyskich ($M = 14,03$). Wyniki prezentuje Tabela 9. Uzyskane dane pozwalają przypuszczać, że w przypadku kobiet chorujących na depresję charakterystycznym stylem radzenia sobie ze stresem jest styl skoncentrowany na emocjach.

Tabela 9. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza CISS w grupie kobiet z depresją.

CISS	N	M	Me	Min	Max	SD
Styl skoncentrowany na zadaniu	202,0	50,69	51,00	31,00	76,00	9,761
Styl skoncentrowany na emocjach	202,0	56,17	58,00	32,00	80,00	13,523
Styl skoncentrowany na unikaniu	202,0	43,20	44,00	23,00	57,00	7,692
Angażowanie się w czynności zastępcze	202,0	20,34	20,00	8,00	32,00	4,359
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	202,0	14,03	13,00	5,00	26,00	5,647

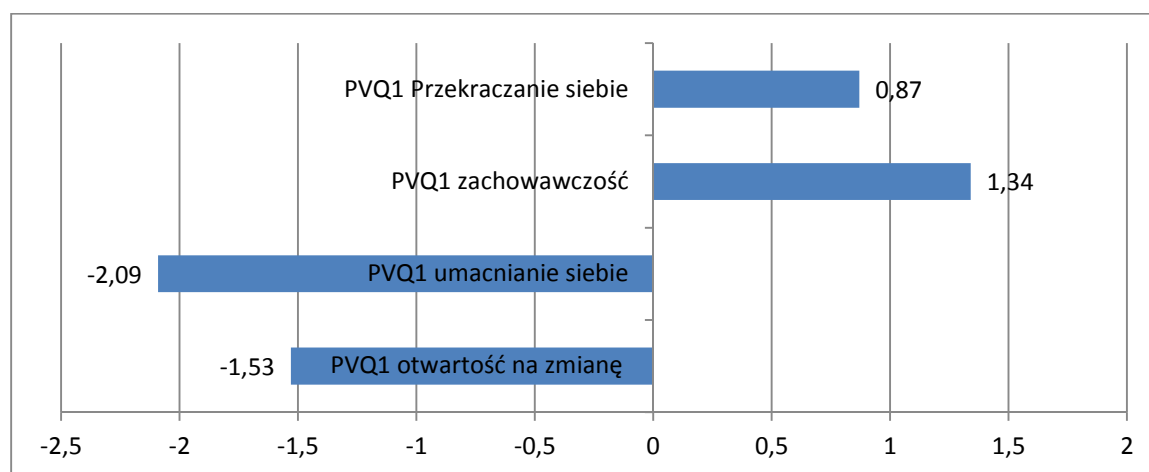
W badaniu Kwestionariuszem PVQ dotyczącym preferowanych przez pacjentki wartości w zakresie czterech wymiarów (biegunów) wyróżnionych według Schwartz'a (1992): *przekraczanie ja – umacnianie ja* oraz *otwartość na zmiany – zachowawczość*, uzyskano obniżone wyniki w skalach: stymulacja ($M = 7,44$) i władza nad ludźmi ($M = 8,06$). Grupa odznacza się preferencją powyżej średniej w zakresie wymiarów typu wartości: zachowawczość ($M = 1,34$) i przekraczanie siebie ($M = 0,87$) oraz preferencją poniżej średniej dla wymiaru otwartość na zmianę ($M = -1,53$) i umacnianie siebie ($M = -2,09$). Uzyskane wyniki pozwalają na wysunięcie wniosku, że badane prezentują preferencje i wartości charakterystyczne dla osób cierpiących na depresję: brak otwartości na zmianę i przywiązanie do tradycji, niską potrzebę stymulacji i władzy nad ludźmi oraz przekraczanie siebie związane z większą troską o innych ludzi niż o siebie. Wyniki przedstawia Tabela 10,

oraz Wykres 1, który pokazuje preferencję grupy badanych poniżej oraz powyżej średniej w zakresie czterech wymiarów typu wartości.

Tabela 10. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PVQ w badanej grupie.

PVQ	N	M	Me	Min	Max	SD
Osiągnięcia	202,0	11,49	12,00	5,00	17,00	2,679
Hedonizm	202,0	11,07	11,00	5,00	16,00	2,629
Stymulacja	202,0	7,44	7,00	3,00	14,00	3,263
Kierowanie sobą w działaniu	202,0	12,53	13,00	5,00	18,00	2,763
Kierowanie sobą w myśleniu	202,0	11,81	12,00	6,00	18,00	2,507
Uniwersalizm - tolerancja	202,0	12,86	13,00	6,00	17,00	2,305
Uniwersalizm - ekologiczny	202,0	12,01	12,00	7,00	16,00	1,942
Uniwersalizm - społeczny	202,0	13,24	13,00	9,00	18,00	1,774
Życzliwość - troskliwość	202,0	14,07	14,00	10,00	18,00	1,801
Życzliwość - niezawodność	202,0	13,79	14,00	9,00	18,00	1,941
Pokora	202,0	12,70	13,00	8,00	18,00	2,133
Przystosowanie do ludzi	202,0	13,80	14,00	9,00	18,00	1,888
Przystosowanie do reguł	202,0	12,94	13,00	8,00	18,00	1,719
Tradycja	202,0	13,55	14,00	6,00	18,00	1,858
Bezpieczeństwo społeczne	202,0	13,72	14,00	9,00	18,00	1,646
Bezpieczeństwo osobiste	202,0	14,83	15,00	10,00	18,00	1,719
Prestiż	202,0	13,17	13,00	8,00	18,00	2,045
Władza nad zasobami	202,0	11,16	11,00	4,00	16,00	2,311
Władza nad ludźmi	202,0	8,06	8,00	3,00	15,00	2,729
Otwartość na zmianę	202,0	-1,53	-1,55	-3,80	1,24	1,280

Umacnianie siebie	202,0	-2,09	-2,14	-4,98	0,77	1,179
Zachowawczość	202,0	1,34	1,31	-1,61	4,07	1,159
Przekraczanie siebie	202,0	0,87	0,79	-0,86	2,55	0,675



Wykres 1. Prezentacja preferencji grupy badanych w zakresie typu wartości poniżej oraz powyżej średniej.

Na podstawie badania z zastosowaniem Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego BSSS można wnioskować, że grupa charakteryzuje się przeciętnym poziomem wsparcia społecznego. Uzyskano średnie wyniki we wszystkich skalach: w skali spostrzeganego dostępnego wsparcia ($M = 22,42$), w tym emocjonalnego ($M = 11,30$) i instrumentalnego ($M = 11,09$), w skali zapotrzebowania na wsparcie ($M = 12,95$), poszukiwania wsparcia ($M = 12,84$), wsparcia aktualnie otrzymywanego ($M = 41,37$) oraz w skali wsparcia buforująco – ochronne ($M = 13,33$). Wyniki zamieszczono w Tabeli 11.

Tabela 11. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza BSSS w grupie badanych.

BSSS	N	M	Me	Min	Max	SD
Spostrzegane dostępne wsparcie	202,0	22,42	24,00	8,00	32,00	7,363

Spostrzegane dostępne wsparcie - emocjonalne	202,0	11,30	13,00	4,00	16,00	3,758
Spostrzegane dostępne wsparcie - instrumentalne	202,0	11,09	11,50	4,00	16,00	3,779
Zapotrzebowanie na wsparcie	202,0	12,95	13,00	7,00	16,00	1,932
Poszukiwanie wsparcia	202,0	12,84	13,00	5,00	20,00	3,625
Aktualnie otrzymywane wsparcie	202,0	41,37	41,50	16,00	60,00	13,672
Wsparcie buforująco-ochronne	202,0	13,33	13,00	6,00	24,00	4,509

14. Poziom wskaźników zdrowienia na początku leczenia w grupie kobiet chorujących na depresję na podstawie wyników I etapu badań.

Na podstawie badania przeprowadzonego w grupie pacjentek na początku leczenia Wielowymiarowym Kwestionariuszem Planów (WKP) uzyskano średnie wyniki w zakresie tworzonych i realizowanych planów przez kobiety z depresją. Wyniki przeciętne dotyczą każdej ze skal: planowość ($M = 25,34$), orientacja na cel ($M = 25,19$), szczegółowość ($M = 14,25$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 35,38$), bogactwo treści życia ($M = 31,66$) oraz unikanie porażek ($M = 21,52$). Wyniki prezentuje Tabela 12.

Tabela 12. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP w grupie kobiet badanych na początku leczenia.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	202,0	25,34	24,00	16,00	37,00	5,407
Orientacja na cel	202,0	25,19	26,00	12,00	38,00	6,441
Szczegółowość	202,0	14,25	13,00	8,00	25,00	4,503
Poszukiwanie wsparcia	202,0	35,38	36,00	15,00	51,00	7,331

społecznego

Bogactwo treści życia	202,0	31,66	31,00	15,00	53,00	8,213
Unikanie porażek	202,0	21,52	23,00	10,00	33,00	5,876

Badanie z zastosowaniem Skali Dobrostanu Psychicznego PWB na początku leczenia wykazało przeciętne wyniki badanej grupy we wszystkich skalach dobrostanu psychicznego: w skali autonomii ($M = 25,64$), panowanie nad środowiskiem ($M = 22,36$), rozwój osobisty ($M = 27,22$), pozytywne relacje z innymi ($M = 32,36$), cel życiowy ($M = 29,76$) i akceptacja siebie ($M = 24,83$). Wyniki przedstawia Tabela 13.

Tabela 13. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB w grupie osób badanych na początku leczenia.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	202,0	25,64	25,00	12,00	40,00	7,429
Panowanie nad środowiskiem	202,0	22,36	21,50	7,00	40,00	9,722
Rozwój osobisty	202,0	27,22	29,50	12,00	43,00	6,999
Pozytywne relacje z innymi	202,0	32,36	36,00	14,00	48,00	10,743
Cel życiowy	202,0	29,76	31,00	13,00	45,00	8,419
Akceptacja siebie	202,0	24,83	24,00	7,00	44,00	11,011

Badanie przeprowadzone na początku leczenia Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny MSEI wykazało przede wszystkim obniżone oraz niskie wyniki w skalach, które są odpowiednio wskaźnikami obniżonej lub niskiej samooceny i jej komponentów u osób badanych. Wyniki obniżone pojawiły się w skalach: kompetencje ($M = 28,64$), bycie kochanym ($M = 32,29$), popularność ($M = 31,59$), zdolności przywódcze ($M = 27,39$), samoakceptacja moralna ($M = 35,94$). Niskie wyniki uzyskano natomiast w skalach: ogólna

samoocena ($M = 25,39$), samokontrola ($M = 24,63$), atrakcyjność fizyczna ($M = 24,62$) oraz witalność ($M = 23,66$). Uzyskano także wyniki przeciętne dla skal: integracja tożsamości ($M = 29,50$) i obronne wzmacnianie samooceny ($M = 50,97$). Można wnioskować, że układ wyników jest typowy dla depresji, dla której znamienne jest obniżenie samooceny i jej komponentów, przy zachowanej spójności tożsamości. Wyniki prezentuje Tabela 14.

Tabela 14. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI w grupie kobiet badanych na początku leczenia.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	202,0	25,39	23,00	10,00	43,00	9,635
Kompetencje	202,0	28,64	31,00	14,00	41,00	7,456
Bycie kochanym	202,0	31,29	29,50	10,00	50,00	12,561
Popularność	202,0	31,59	29,00	14,00	48,00	9,554
Zdolności przywódcze	202,0	27,39	29,00	13,00	40,00	6,155
Samokontrola	202,0	24,63	25,00	15,00	35,00	5,582
Samoakceptacja moralna	202,0	35,94	37,00	20,00	47,00	6,865
Atrakcyjność fizyczna	202,0	24,62	24,00	13,00	46,00	7,792
Witalność	202,0	23,66	25,00	11,00	37,00	7,481
Integracja tożsamości	202,0	29,50	30,00	16,00	45,00	6,831
Obronne wzmacnianie samooceny	202,0	50,97	51,00	33,00	69,00	9,562

15. Poziom wskaźników zdrowienia badany dla całej grupy kobiet po zastosowaniu leczenia podczas II etapu badań.

Zaprezentuję teraz jak przedstawia się poziom planów całej grupy kobiet z depresją, ich samoakceptacji, kompetencji społecznych oraz dobrostanu psychicznego, zbadanych ponownie po zastosowanym leczeniu, po upływie 8 miesięcy.

Badanie przy użyciu Wielowymiarowego Kwestionariusza Planów (WKP) przeprowadzone kontrolnie w grupie pacjentek po leczeniu ujawniło średnie wyniki w zakresie planów i celów kobiet w każdej ze skal: planowość ($M = 26,91$), orientacja na cel ($M = 27,95$), szczegółowość ($M = 15,50$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 35,12$), bogactwo treści życia ($M = 35,03$) oraz unikanie porażek ($M = 20,20$). Tworzone przez pacjentki plany i realizowane cele kształtują się zatem na poziomie przeciętnym. Wyniki zamieszczono w Tabeli 15.

Tabela 15. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP badanego kontrolnie w całej grupie kobiet.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	202,0	26,91	27,00	15,00	40,00	5,607
Orientacja na cel	202,0	27,95	29,00	13,00	41,00	7,318
Szczegółowość	202,0	15,50	14,00	7,00	27,00	5,268
Poszukiwanie wsparcia społecznego	202,0	35,12	35,00	16,00	49,00	7,220
Bogactwo treści życia	202,0	35,03	36,00	16,00	55,00	8,922
Unikanie porażek	202,0	20,20	21,00	8,00	33,00	6,117

Kontrolny pomiar zmiennych wchodzących w skład Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI) wykazał wyniki średnie grupy pacjentek w skali ogólna samoocena ($M = 28,31$), a także w skalach: bycie kochanym ($M = 33,28$), zdolności przywódcze ($M = 28,59$), samoakceptacja moralna ($M = 37,06$), integracja tożsamości ($M = 31,62$) oraz obronne wzmacnianie samooceny ($M = 52,64$). Na podstawie badania uzyskano wyniki obniżone grupy kobiet w skalach: kompetencje ($M = 29,92$), popularność ($M = 32,63$), atrakcyjność fizyczna ($M = 26,90$) oraz witalność ($M = 27,09$). Badanie wykazało natomiast niskie wyniki pacjentek w skali samokontrola ($M = 27,56$), co wskazywałoby na przekonanie pacjentek o braku samodyscypliny oraz mobilizacji do działania, nawet po przeprowadzonym leczeniu. Wyniki przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 16. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI w grupie kobiet badanych po zastosowaniu leczenia.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	202,0	28,31	26,00	11,00	46,00	10,034
Kompetencje	202,0	29,92	32,00	14,00	42,00	7,750
Bycie kochanym	202,0	33,28	33,00	10,00	50,00	12,897
Popularność	202,0	32,63	31,00	15,00	49,00	9,697
Zdolności przywódcze	202,0	28,59	30,00	14,00	42,00	6,483
Samokontrola	202,0	27,56	29,00	16,00	39,00	5,987
Samoakceptacja moralna	202,0	37,06	38,00	22,00	48,00	6,365
Atrakcyjność fizyczna	202,0	26,90	26,00	14,00	48,00	8,147
Witalność	202,0	27,09	28,00	13,00	40,00	7,897
Integracja tożsamości	202,0	31,62	33,50	17,00	47,00	7,180
Obronne wzmacnianie samooceny	202,0	52,64	52,50	35,00	70,00	9,318

Badanie kobiet przeprowadzone za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) ujawniło, że grupa badanych kobiet odznacza się niskimi kompetencjami społecznymi. We wszystkich skalach wyniki są niskie - wynik łączny kompetencji społecznych wyniósł: $M = 142,68$, w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach intymnych: $M = 38,20$, w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej: $M = 38,85$ oraz w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności: $M = 38,71$. Wyniki przedstawiono w Tabeli 17.

Tabela 17. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza KKS w badanej grupie.

KKS	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólne kompetencje społeczne	202,0	142,68	143,50	86,00	192,00	34,389
Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	202,0	38,20	38,00	21,00	58,00	9,117
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej	202,0	38,85	36,00	16,00	56,00	11,894
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	202,0	38,71	38,50	21,00	57,00	9,948

Badanie z zastosowaniem Skali Dobrostanu Psychicznego (PWB) przeprowadzone ponownie po zastosowaniu leczenia wykazało przeciętne wyniki całej grupy kobiet we wszystkich skalach dobrostanu psychicznego: w skali autonomii ($M = 27,20$), panowanie nad środowiskiem ($M = 25,97$), rozwój osobisty ($M = 29,93$), pozytywne relacje z innymi ($M = 34,46$), cel życiowy ($M = 32,90$) i akceptacja siebie ($M = 27,54$). Można zatem stwierdzić średni poziom dobrostanu psychicznego grupy kobiet z depresją po przeprowadzonym leczeniu. Wyniki zamieszczono w Tabeli 18.

Tabela 18. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB w całej grupie kobiet badanych po zastosowaniu leczenia.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	202,0	27,20	27,00	13,00	41,00	7,831
Panowanie nad środowiskiem	202,0	25,97	27,00	8,00	44,00	10,419
Rozwój osobisty	202,0	29,93	32,00	12,00	47,00	8,400
Pozytywne relacje	202,0	34,46	38,00	14,00	49,00	10,939

z innymi						
Cel życiowy	202,0	32,90	35,00	15,00	49,00	9,271
Akceptacja siebie	202,0	27,54	27,50	8,00	45,00	11,033

16. Różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla całej grupy na początku leczenia i po jego zastosowaniu.

Po zaprezentowaniu wyników w zakresie poziomu wskaźników zdrowienia, chcę w tym miejscu dostarczyć odpowiedzi, czy zachodzą różnice w poziomie dobrostanu psychicznego, tworzonych i realizowanych planów oraz samoakceptacji dla całej grupy kobiet z depresją badanych na początku leczenia i po jego zastosowaniu, czyli po upływie 8 miesięcy.

W celu wykazania czy zachodzą statystycznie istotne różnice w poziomie wskaźników zdrowienia w całej grupie na początku leczenia i po jego przeprowadzeniu zastosowano Test t Studenta dla prób zależnych. Wyniki prezentuje Tabela 19, 20 i 21.

Tabela 19. Różnice w poziomie średniej skal WKP w całej grupie przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

WKP	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Planowość 1	25,34	5,41					
Planowość 2	26,91	5,61	202	-1,6	-11,6	201	0,001
Orientacja na cel 1	25,19	6,44					
Orientacja na cel 2	27,95	7,32	202	-2,8	-21,6	201	0,001
Szczegółowość 1	14,25	4,50					
Szczegółowość 2	15,50	5,27	202	-1,2	-12,0	201	0,001
Poszukiwanie wsparcia społecznego 1	35,38	7,33					
Poszukiwanie wsparcia społecznego 2	35,12	7,22	202	0,3	1,5	201	0,127
Bogactwo treści życia 1	31,66	8,21					
Bogactwo treści życia 2	35,03	8,92	202	-3,4	-14,2	201	0,001
Unikanie porażek 1	21,52	5,88					
Unikanie porażek 2	20,20	6,12	202	1,3	14,9	201	0,001

Tabela 20. Różnice w poziomie średniej skal PWB w całej grupie kobiet przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

PWB	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Autonomia 1	25,64	7,43					
Autonomia 2	27,20	7,83	202	-1,6	-14,2	201	0,001
Panowanie nad środowiskiem 1	22,36	9,72					
Panowanie nad środowiskiem 2	25,97	10,42	202	-3,6	-19,7	201	0,001
Rozwój osobisty 1	27,22	7,00					
Rozwój osobisty 2	29,93	8,40	202	-2,7	-12,0	201	0,001
Pozytywne relacje z innymi 1	32,36	10,74					
Pozytywne relacje z innymi 2	34,46	10,94	202	-2,1	-16,7	201	0,001
Cel życiowy 1	29,76	8,42					
Cel życiowy 2	32,90	9,27	202	-3,1	-16,9	201	0,001
Akceptacja siebie 1	24,83	11,01					
Akceptacja siebie 2	27,54	11,03	202	-2,7	-16,5	201	0,001

Tabela 21. Różnice w poziomie średniej skal MSEI w całej grupie przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

MSEI	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Ogólna samoocena 1	25,39	9,64					
Ogólna samoocena 2	28,31	10,03	202	-2,9	-18,5	201	0,001
Kompetencje 1	28,64	7,46					
Kompetencje 2	29,92	7,75	202	-1,3	-12,8	201	0,001
Bycie kochanym 1	31,29	12,56					
Bycie kochanym 2	33,28	12,90	202	-2,0	-18,6	201	0,001
Popularność 1	31,59	9,55					
Popularność 2	32,63	9,70	202	-1,0	-9,4	201	0,001
Zdolności przywódcze 1	27,39	6,15					
Zdolności przywódcze 2	28,59	6,48	202	-1,2	-13,7	201	0,001
Samokontrola 1	24,63	5,58					
Samokontrola 2	27,56	5,99	202	-2,9	-21,8	201	0,001
Samoakceptacja moralna 1	35,94	6,86					
Samoakceptacja moralna 2	37,06	6,37	202	-1,1	-10,6	201	0,001
Atrakcyjność fizyczna 1	24,62	7,79					

Atrakcyjność fizyczna 2	26,90	8,15	202	-2,3	-14,5	201	0,001
Witalność 1	23,66	7,48					
Witalność 2	27,09	7,90	202	-3,4	-25,0	201	0,001
Integracja tożsamości 1	29,50	6,83					
Integracja tożsamości 2	31,62	7,18	202	-2,1	-16,2	201	0,001
Obronne wzmacnianie samooceny 1	50,97	9,56					
Obronne wzmacnianie samooceny 2	52,64	9,32	202	-1,7	-10,1	201	0,001

Wyniki Test t Studenta pokazują, że zachodzą istotne różnice pomiędzy skalami WKP, za wyjątkiem skali poszukiwanie wsparcia społecznego, a także istotne różnice pomiędzy każdą ze skal PWB i MSEI. Można zatem wnioskować, że w całej grupie pacjentek zachodzą istotne różnice w zakresie poziomu planów, celów, samooceny i dobrostanu psychicznego na początku podjętego leczenia oraz po jego zastosowaniu. Istotnej zmiany nie uległo jedynie poszukiwanie przez pacjentki wsparcia społecznego ($p = 0,127$).

17. Analiza regresji dla całej grupy badanych kobiet.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie badawcze: *Które ze zmiennych zawartych w modelu badawczym w najwyższym stopniu wyjaśniają efektywność procesu zdrowienia pacjentek z depresją dla całej 202-osobowej grupy?* przeprowadzono analizę regresji metodą krokową postępującą, w celu ograniczenia liczby zmiennych do istotnych dla zmiennej zależnej i ustalenia, które ze zmiennych pozwalają przewidywać efektywność zdrowienia badanych kobiet. Analiza miała na celu oszacowanie wpływu zmiennych niezależnych (predyktorów) na zmienne wyjaśniane - świadczące o efektywności zdrowienia pacjentek, jak: *ogólne kompetencje społeczne, planowość, orientacja na cel, pozytywne relacje z innymi, akceptacja siebie, ogólna samoocena*. Dla każdego modelu regresji obliczono współczynniki determinacji R^2 i współczynniki β (Ferguson, Takane, 2009).

W przypadku zmiennej *ogólne kompetencje społeczne* na podstawie współczynnika R^2 można wnioskować, iż przyjęty model regresji uwzględniający badane predyktory wyjaśnia ok. 92% zmienności wyników. Oznacza to, że w bardzo dużym stopniu zmienne zawarte w Tabeli 22 wyjaśniają i wpływają na zmienną ogólne kompetencje społeczne.

Tabela 22. Podsumowanie modelu regresji dla zmiennej: Ogólne kompetencje społeczne.

Podsumowanie modelu regresji; zmienna wyjaśniana: Ogólne kompetencje społeczne R= ,96476744 R ² = ,93077621 Skoryg. R ² = ,92438053 F(17,184)=145,53 p<0,001						
	BETA	Błąd stand. BETA	b	Błąd stand. b	t(184)	p
W. wolny			149,923	19,22	7,80	0,001
Ogólna inteligencja emocjonalna	0,712	0,085	0,933	0,11	8,38	0,001
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	-0,036	0,068	-0,281	0,53	-0,53	0,600
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,358	0,051	-0,911	0,13	-7,05	0,001
Umacnianie siebie	0,181	0,035	5,288	1,03	5,15	0,001
Przekraczanie siebie	0,151	0,028	7,685	1,42	5,40	0,001
Zapotrzebowanie na wsparcie	0,088	0,029	1,563	0,52	3,02	0,003
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	0,146	0,121	1,336	1,10	1,21	0,228
Aktualnie otrzymywane wsparcie	0,432	0,061	1,085	0,15	7,07	0,001
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	0,191	0,043	1,117	0,25	4,50	0,001
Zdolność do rozpoznawania emocji	-0,218	0,071	-0,654	0,21	-3,05	0,003
Spostrzegane dostępne wsparcie	-0,720	0,160	-3,363	0,75	-4,51	0,001
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,149	0,035	-0,526	0,12	-4,26	0,001
Zachowawczość	0,120	0,044	3,558	1,29	2,75	0,006
Poszukiwanie wsparcia	0,127	0,060	1,207	0,56	2,14	0,034
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,449	0,113	-2,007	0,51	-3,97	0,001
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	0,230	0,083	1,398	0,51	2,76	0,006
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	0,130	0,070	0,305	0,16	1,86	0,065

Powyższa tabela obrazuje wielkość wpływu poszczególnych predyktorów na zmienną zależną w grupie badanych osób. Analizując wyniki na podstawie wielkości współczynnika BETA wyróżniono:

- Pozytywny (dodatni) wpływ predyktorów: ogólna inteligencja emocjonalna (0,712), aktualnie otrzymywane wsparcie (0,432), styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (0,230), uogólnione poczucie własnej skuteczności (0,191), umacnianie siebie

(0,181), przekraczanie siebie (0,151), poszukiwanie wsparcia (0,127), zachowawczość (0,120), zapotrzebowanie na wsparcie (0,088). Oznacza to, iż wzrost wyżej wymienionych predyktorów wpływa wprost proporcjonalnie na wzrost zmiennej zależnej ogólne kompetencje społeczne.

Wyniki analizy regresji wskazują, że najsilniejszym predyktorem ogólnych kompetencji społecznych, czyli przyjętych w modelu badawczym **sposobów nawiązywania relacji oraz wpływu na otoczenie** jest ogólna inteligencja emocjonalna, która współwystępuje z szerszą i lepszą jakościowo siecią wsparcia społecznego. Osoby o wyższej inteligencji emocjonalnej mają bardziej rozwinięte umiejętności interpersonalne i nawiązują bliższe relacje emocjonalne z otoczeniem (Austin, Saklofske, Egan, 2005). Pacjentki wraz ze wzrostem inteligencji emocjonalnej doświadczają bardziej satysfakcjonujących kontaktów z innymi i są bardziej zaangażowane społecznie. Dużą siłą związku odznacza się także aktualnie otrzymywane wsparcie, wraz ze wzrostem którego rośnie poziom ogólnych kompetencji społecznych pacjentek. Otrzymywane wsparcie wpływa na poczucie dobrostanu jednostek, którego ważnym obszarem są relacje interpersonalne. Pacjentki, otrzymując wsparcie i korzystając z niego, mogą mieć poczucie, iż są kompetentne społecznie, czyli potrafią nawiązywać relacje, podtrzymywać je oraz wywierać wpływ na otoczenie. Dysponowanie kompetencjami społecznymi jest przeciwstawne do przeżywanego lęku w relacjach interpersonalnych, przed którym skutecznie chroni jednostkę wsparcie społeczne (Kornaszewska-Polak, 2014). Z kolei małą siłą związku, czyli predyktorami, które najslabiej wpływają na wzrost ogólnych kompetencji społecznych, odznaczają się: styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, uogólnione poczucie własnej skuteczności, umacnianie siebie, przekraczanie siebie, poszukiwanie wsparcia, zachowawczość, zapotrzebowanie na wsparcie. Można przypuszczać, iż te zmienne niezależne nie wpływają silnie na ogólne kompetencje społeczne, gdyż nie są z nimi istotnie powiązane. Osoba przejawiająca styl radzenia sobie skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich może posiadać wysoki poziom kompetencji społecznych, na które dany styl radzenia sobie nie wywiera już znacznego wpływu. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich, intensyfikuje kontakty z innymi ludźmi (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013). Podobnie wnioskować można odnośnie poczucia własnej skuteczności, które jest czynnikiem świadczącym o wysokiej inteligencji społecznej i zazwyczaj o posiadaniu satysfakcjonujących więzi z innymi (Bandura, 2009). Z kolei wartości związane z umacnianiem siebie, zachowawczością czy przekraczaniem siebie mogą nie mieć

szczególnego związku z poziomem kompetencji społecznych. Umiacnianie siebie to obszar wartości skoncentrowanych na sobie, z kolei zachowawczość czy przekraczanie siebie stanowią obszar wartości skoncentrowanych na innych ludziach (Cieciuch, 2013), jednakże ich pozytywny wpływ na poziom ogólnych kompetencji społecznych jest słaby. Natomiast poszukiwanie wsparcia czy zapotrzebowanie na wsparcie oznacza, że osoba potrzebuje kontaktów z innymi ludźmi i zazwyczaj kształtuje swoje otoczenie tak, aby w sytuacji trudnej móc odnaleźć w nim właściwe osoby wspierające (Włodarczyk, 1999), jednakże nie musi odznaczać się kompetencjami do nawiązywania relacji społecznych i faktycznego korzystania ze wsparcia. Z tego względu wzrost tych zmiennych niezależnych może wpływać słabo dodatnio na poziom kompetencji społecznych badanych kobiet.

- Ujemny wpływ zmiennych: spostrzegane dostępne wsparcie (-0,720), styl skoncentrowany na unikaniu (-0,449), styl skoncentrowany na emocjach (-0,358), zdolność do rozpoznawania emocji (-0,218), styl skoncentrowany na zadaniu (-0,149) na zmienną zależną, co oznacza iż wzrost tych zmiennych wpływa istotnie na obniżenie poziomu ogólnych kompetencji społecznych.

Spostrzegane dostępne wsparcie odznacza się dużą siłą związku, wzrastając wpływa silnie na obniżenie ogólnych kompetencji społecznych. Może to oznaczać, że im więcej wsparcia pacjentki dostrzegają w swoim życiu, tym mniej kompetentne społecznie się czują. Literatura przedmiotu wskazuje na ryzyko pojawienia się wyuczonej bezradności na skutek wyręczenia jednostki w rozwiązywanie problemów (Seligman, 2016). Jeżeli w sytuacjach trudnych badane kobiety bardziej liczą na pomoc i wsparcie innych, tym mniej podejmują własnych wysiłków w celu rozwiązania problemu. Nadmiar spostrzeganego wsparcia oraz kontaktów społecznych może być również odczuwany jako stresor (Włodarczyk, 1999) i skutkować na przykład wycofywaniem się z kontaktów. Styl skoncentrowany na unikaniu, również silnie wpływający na obniżenie ogólnych kompetencji społecznych, może świadczyć o podejmowaniu czynności odwracających uwagę od stresora. Styl ten nasila reakcje lękowe (Lowe i in., 2008), co nie sprzyja poszukiwaniu kontaktów towarzyskich i tym samym może obniżać poziom kompetencji społecznych pacjentek. Z drugiej strony, jeśli wielkość sieci społecznej jest mała, osoby skłaniają się do wyboru stylu unikowego (Terelak, 2008). Styl skoncentrowany na emocjach umiarkowanie wiąże się z niskimi kompetencjami społecznymi (Maczak, Knopp, 2013). Podobnie koncentrowanie się na własnych emocjach czy zdolność do ich rozpoznawania koreluje dodatnio z lękiem, a z kolei wysoki poziom lęku nie sprzyja poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak,

2013). Styl skoncentrowany na zadaniu odznacza się niewielką siłą wpływu na obniżenie ogólnych kompetencji społecznych. Styl ten polega na koncentracji na realizacji wyznaczonego celu i na stosowaniu strategii poznawczych (Heszen-Niejodek, 2000), zatem osoby go przejawiające mogą nie angażować się jednocześnie w poszukiwanie kontaktów towarzyskich i nie wzmacniać swoich kompetencji społecznych.

Na podstawie współczynnika R^2 w przypadku zmiennej *planowość* można wnioskować, iż przyjęty model regresji uwzględniający badane predyktory wyjaśnia ok. 73% zmienności wyników. Zmienne zawarte w Tabeli 23 w dość dużym stopniu wyjaśniają zatem oraz wpływają na zmienną planowość.

Tabela 23. Podsumowanie modelu regresji dla zmiennej: Planowość.

Podsumowanie modelu regresji; zmienna wyjaśniana: Planowość $R = ,86810629$ $R^2 = ,75360853$ Skoryg. $R^2 = ,73516211$ $F(14,187) = 40,854$ $p < 0,001$						
	BETA	Błąd stand. BETA	b	Błąd stand. b	t(187)	p
W. wolny			28,509	5,337	5,34	0,001
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	0,814	0,128	0,311	0,049	6,37	0,001
Umacnianie siebie	0,267	0,050	1,270	0,239	5,31	0,001
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,002	0,089	-0,001	0,037	-0,02	0,980
Poszukiwanie wsparcia	0,184	0,092	0,284	0,143	1,99	0,048
Styl skoncentrowany na unikaniu	-1,374	0,200	-1,001	0,146	-6,85	0,001
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	1,062	0,144	1,055	0,143	7,37	0,001
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	0,490	0,120	0,630	0,154	4,08	0,001
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,243	0,064	-0,140	0,037	-3,81	0,001
Otwartość na zmianę	-0,236	0,074	-1,035	0,324	-3,20	0,002
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	0,193	0,081	0,288	0,121	2,38	0,018
Aktualnie otrzymywane wsparcie	-0,159	0,096	-0,065	0,039	-1,67	0,097
Wsparcie buforująco-ochronne	-0,035	0,056	-0,044	0,070	-0,63	0,529
Zdolność do rozpoznawania emocji	-0,241	0,125	-0,118	0,061	-1,93	0,055
Ogólna inteligencja emocjonalna	0,277	0,156	0,059	0,033	1,78	0,077

Zamieszczona tabela obrazuje wielkość wpływu poszczególnych predyktorów na zmienną zależną w grupie pacjentek. Na podstawie wielkości współczynnika BETA wyróżniono:

- Pozytywny (dodatni) wpływ predyktorów: styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (1,062), zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania (0,814), styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze (0,490), umacnianie siebie (0,267), spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne (0,193), poszukiwanie wsparcia (0,184). Wzrost wyżej wymienionych predyktorów wpływa wprost proporcjonalnie na wzrost zmiennej zależnej planowość, która wraz z dążeniami zalicza się do **odzyskiwania osobistych ról społecznych** w modelu badawczym.

Duża siła związku występuje pomiędzy stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, który jest najsilniejszym predyktorem, a planowością. Wraz ze wzrostem tego stylu radzenia sobie wzrasta poziom planowości działań pacjentek. Poszukiwanie relacji z innymi może wskazywać na aktywność badanych i wskazywać na to, że planują one swoje działania. Intensyfikacja kontaktów z innymi ludźmi, skutkująca uzyskiwaniem wsparcia społecznego (Heszen-Niejodek, 2000), wymaga prawdopodobnie zaplanowania swoich działań w tym celu. Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania również silnie wpływa na wzrost planowania działań przez pacjentki. Wspomaganie myślenia poprzez uwzględnianie swoich stanów emocjonalnych wpływa na podejmowane przez osobę działania (Matczak, Knopp, 2013), co wiąże się ze wzrostem planowości. Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze, wymagający zorganizowania i zaplanowania działań, w które można się zaangażować, także wywiera silny wpływ na wzrost zmiennej planowość u kobiet badanych. Osoba, aby poradzić sobie ze stresem, podejmuje czynności odwracające uwagę od stresora lub podejmuje się nowych zadań w tym celu (Heszen, 2014), co wymaga zaplanowania przez nią działań. Umacnianie siebie, które jest motywowane ochroną siebie i koncentracją na sobie w małym stopniu wpływa na wzrost planowości. Tworzy ono wartości unikania lęku i zagrożenia (Schwartz i in., 2012), więc tym samym może nie być silnie powiązane z planowaniem działań, by przeciwdziałać zagrożeniom. Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne wywiera słaby wpływ na wzrost zmiennej planowość u badanych kobiet. Pacjentki koncentrujące się na aspektach emocjonalnych mogą być tak zaangażowane w analizowanie swoich emocji i skoncentrowane na ich przeżywaniu, że nie przywiązują wagi do planowania działań. Dzięki wsparciu emocjonalnemu osoby mogą uwolnić się od własnych napięć

i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje lęki i smutek (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010), co pochłania energię i uwagę, więc może być słabo powiązane z planowaniem działań. Poszukiwanie wsparcia również słabo wpływa na wzrost poziomu planowości. Poszukiwać wsparcia mogą osoby odznaczające się potrzebą zależności (Sęk, 2014). Poszukiwanie wsparcia może wskazywać na to, że osoby badane koncentrują się na potrzebie doznawania i posiadania wsparcia, co może być związane z koncentracją na własnych przeżyciach emocjonalnych i na kontaktach społecznych, a nie na planowaniu działań.

- Ujemny wpływ zmiennych: styl skoncentrowany na unikaniu (-1,374), styl skoncentrowany na zadaniu (-0,243), otwartość na zmianę (-0,236).

Najsilniejszym predyktorem istotnie wpływającym na obniżenie planowości jest styl skoncentrowany na unikaniu. Jest on charakterystyczny dla osób wykazujących tendencję do odrzucania, wypierania i zaprzeczania informacjom o wydarzeniu stresowym (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013). Jego wzrost bardzo silnie wpływa na obniżenie się poziomu zmiennej planowość prawdopodobnie dlatego, że pacjentki ignorując czy zniekształcając informacje o zagrożeniu, odwracają tym samym uwagę od sytuacji stresowej. Podejmowane działania mogą więc stanowić aktywność nieukierunkowaną, zatem prowadzić mogą do zmniejszenia tendencji do planowania działań. Styl skoncentrowany na zadaniu jest związany z podejmowaniem wysiłków prowadzących do rozwiązania problemu (Endler, Parker, 1994). Jego wzrost powoduje obniżenie się planowości, jednakże związek ten jest słaby. Sformułowanie planu ma zasadnicze znaczenie dla zainicjowania działania, a osoby zorientowane na działanie potrafią z łatwością tworzyć plan, gdyż nie analizują niepowodzeń (Wieber, Gollwitzer, 2010). Jednakże koncentracja na zadaniu może być związana z niedostrzeganiem okoliczności sprzyjających realizacji celu, dlatego może powodować obniżenie się planowości działań. Otwartość na zmiany słabo wpływa na obniżenie się poziomu zmiennej planowość. Wyraża się ona poprzez wartości kierowania sobą i stymulacji. Wartości otwartości na zmiany są motywowane wzrostem i koncentracją na sobie (Cieciuch, 2013), co angażuje uwagę jednostki, w związku z czym może wpływać na obniżanie się planowości.

Kolejny model regresji został opracowany dla zmiennej *orientacja na cel*. Na podstawie współczynnika R² dla tej zmiennej można wnioskować, iż przyjęty model regresji uwzględniający badane predyktory wyjaśnia ok. 90% zmienności wyników. Zmienne, które zostały zawarte w Tabeli 24 w bardzo dużym stopniu wyjaśniają i wpływają na zmienną

orientacja na cel, która w modelu badawczym wraz z planowością stanowi wskaźnik **odzyskiwania osobistych ról społecznych**.

Tabela 24. Podsumowanie modelu regresji dla zmiennej: Orientacja na cel.

Podsumowanie modelu regresji; zmienna wyjaśniana: Orientacja na cel R= ,955 R ² = ,913 Skoryg. R ² = ,904 F(19,182)=101,33 p<0,001						
	BETA	Błąd stand. BETA	b	Błąd stand. b	t(182)	p
W. wolny			-13,7	4,665	-2,94	0,004
Ogólne kompetencje społeczne	0,355	0,124	0,1	0,026	2,86	0,005
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	0,530	0,079	0,3	0,039	6,70	0,000
Styl skoncentrowany na emocjach	0,366	0,056	0,2	0,030	6,56	0,000
Zapotrzebowanie na wsparcie	-0,104	0,034	-0,4	0,130	-3,02	0,003
Umacnianie siebie	0,080	0,039	0,5	0,240	2,07	0,040
Ogólna inteligencja emocjonalna	0,561	0,113	0,2	0,031	4,97	0,000
Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	-0,095	0,095	-0,1	0,076	-1,01	0,316
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	0,130	0,055	0,2	0,068	2,38	0,018
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	0,453	0,107	0,6	0,138	4,24	0,000
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	0,153	0,116	0,1	0,085	1,32	0,189
Otwartość na zmianę	-0,245	0,072	-1,4	0,410	-3,42	0,001
Zachowawczość	-0,172	0,066	-1,1	0,417	-2,60	0,010
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,876	0,132	-0,8	0,126	-6,63	0,000
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	0,513	0,085	0,9	0,143	6,01	0,000
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	0,114	0,058	0,2	0,112	1,97	0,051
Zdolność do rozpoznawania emocji	-0,206	0,084	-0,1	0,054	-2,44	0,016
Wsparcie buforująco-ochronne	0,079	0,035	0,1	0,057	2,23	0,027
Poszukiwanie wsparcia	-0,129	0,064	-0,3	0,129	-2,03	0,044
Aktualnie otrzymywane wsparcie	0,124	0,063	0,1	0,034	1,97	0,050

Dane zawarte w tabeli obrazują wielkość wpływu poszczególnych predyktorów na tę zmienną zależną w grupie pacjentek. Na podstawie wielkości współczynnika BETA wyróżniono:

- Pozytywny (dodatni) wpływ predyktorów: ogólna inteligencja emocjonalna (0,561), zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania (0,530), styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze (0,513), styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (0, 453), styl skoncentrowany na emocjach (0,366), ogólne kompetencje społeczne (0,355), uogólnione poczucie własnej skuteczności (0,130), umacnianie siebie (0,080), wsparcie buforująco-ochronne (0,079).

Występuje związek o dużej sile pomiędzy ogólną inteligencją emocjonalną a orientacją na cel. Wraz ze wzrostem ogólnej inteligencji emocjonalnej wzrasta poziom zorientowania na cel badanych kobiet. Inteligencja emocjonalna stanowi między innymi zdolność do nawiązywania i podtrzymywania relacji z innymi, znajomość różnych stanów emocjonalnych oraz zdolność do wykorzystywania tych umiejętności w kierowaniu własnymi działaniami (Mayer, Salovey, 1999), co może być silnie związane ze wzrostem zorientowania na realizację celów przez pacjentki. Podobnie, duża dodatnia siła związku występuje pomiędzy zdolnością do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, czyli korzystania z własnej wiedzy emocjonalnej podczas podejmowania decyzji o działaniach (Matczak, Knopp, 2013) a orientacją na cel, która wzrasta pod wpływem wzrostu danej zdolności. Pozytywny, silny związek zachodzi również pomiędzy stylem skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze a orientacją na cel pacjentek. Badane, angażując się w bezstresowe aktywności w sytuacji stresowej lub podejmując się nowych zadań w obliczu stresu (Heszen-Niejodek, 2000), są bardziej zorientowane na wyznaczanie sobie konkretnych celów do realizacji. Duża siła związku występuje także pomiędzy stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich a orientacją na cel, której poziom wzrasta wraz ze wzrostem poziomu danego stylu radzenia sobie. Styl ten polega na intensyfikowaniu kontaktów z innymi ludźmi, co skutkuje uzyskiwaniem wsparcia społecznego (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013) i co znacznie zwiększa orientację na cel pacjentek. Związek pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a orientacją na cel jest z kolei umiarkowanie silny. Wzrost radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach powoduje umiarkowany wzrost orientacji na cel. Pacjentki, koncentrując się na własnych przeżyciach emocjonalnych, fantazjując i myśląc życzeniowo - co ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego (Endler, Parker, 1994) - mogą zarazem

wytaczać sobie cele do realizacji. Umiarkowanie silny związek występuje pomiędzy ogólnymi kompetencjami społecznymi a orientacją na cel badanych. Wzrost ogólnych kompetencji społecznych powoduje wzrost zorientowania na cel pacjentek. Kompetencje społeczne są dyspozycją, która warunkuje efektywność funkcjonowania człowieka w sytuacjach społecznych, a wskaźnikiem efektywności tego funkcjonowania jest przede wszystkim osiągnięcie przez jednostkę własnych celów (Maczak, 2007), co może sprzyjać wzrostowi orientacji na cel. Dodatni związek, ale o słabej sile zachodzi pomiędzy uogólnionym poczuciem własnej skuteczności a orientacją na cel. Poczucie własnej skuteczności jest podstawowym czynnikiem intrapsychicznym, który leży u podstaw ludzkiej aktywności (Rubacha, 2013), co zatem sprzyja wzrostowi orientacji na cel badanych. Słaba, ale dodatnia siła związku występuje również pomiędzy umacnianiem siebie a orientacją na cel. Umacnianie siebie jest motywowane ochroną siebie, ale łączy ze sobą wartości osiągnięć, hedonizmu i władzy (Cieciuch, 2013), może zatem sprzyjać wzrostowi orientacji pacjentek na cel. Słaby związek zachodzi pomiędzy wsparciem buforująco-ochronnym a orientacją na cel, która słabo wzrasta wraz ze wzrostem tego rodzaju wsparcia. Wsparcie buforująco-ochronne polega na chronieniu bliskich osób przed negatywnymi wiadomościami (Łuszczynska, Kowalska, Mazurkiewicz, Schwarzer, 2006), co samo w sobie może stanowić cel dla badanych kobiet, więc jest w niewielkim stopniu związane ze wzrostem ich zorientowania na cel.

- Ujemny wpływ predyktorów: styl skoncentrowany na unikaniu (-0,876), otwartość na zmianę (-0,245), zdolność do rozpoznawania emocji (-0,206), zachowawczość (-0,172), poszukiwanie wsparcia (-0,129), zapotrzebowanie na wsparcie (-0,104).

Duża ujemna siła związku zachodzi pomiędzy najsilniejszym predyktorem - stylem skoncentrowanym na unikaniu a orientacją na cel. Wraz ze wzrostem tego stylu radzenia sobie obniża się poziom orientacji na cel badanych kobiet, prawdopodobnie z tego względu, że styl skoncentrowany na unikaniu polega na braku działań zaradczych ze strony jednostki (Endler, Parker, 1994), zatem pacjentki nie podejmując działania i pomijając czy zaprzeczając informacjom o problemie, nie koncentrują się tym samym na wyznaczaniu sobie celów do realizacji. Mała, ujemna siła związku występuje pomiędzy otwartością na zmianę a orientacją na cel. Wartości otwartości motywowane są koncentracją na sobie pacjentek (Cieciuch, 2013), więc prawdopodobnie dlatego mogą być słabo związane ujemnie z orientacją na cel, która wymaga zorientowania na świat zewnętrzny. Związek o małej sile zachodzi również pomiędzy zdolnością do rozpoznawania emocji a orientacją na cel. Można przypuszczać, że

badane kobiety, gdy koncentrują się na analizowaniu czy identyfikowaniu emocji, w mniejszym stopniu angażują się w wyznaczanie sobie celów do realizacji. Własna świadomość emocjonalna oraz wyczulenie na sygnały ze strony innych ludzi (Goleman, 2013) angażuje badane kobiety, obniżając ich zorientowanie na cele. Słaba, ujemna siła związku zachodzi pomiędzy zachowawczością a orientacją na cel. Wartości zachowawczości tworzą obszar wartości skoncentrowanych na innych ludziach, przystosowaniu, ale także na bezpieczeństwie, gdyż motywuje je ochrona siebie (Schwartz i in., 2012). W związku z tym wzrost zachowawczości kobiet badanych może powodować obniżenie ich zorientowania na cele do realizacji. Słaby związek występuje także pomiędzy poszukiwaniem wsparcia a orientacją na cel. Można przypuszczać, że pacjentki angażując się w poszukiwanie kontaktów towarzyskich nie koncentrują się na wyznaczaniu sobie innych celów, a orientacja na ich realizację się obniża. Wsparcie pośredniczy między stresującymi wydarzeniami życiowymi a sposobami radzenia sobie ze stresem (Pierce, Sarason, Sarason, 1996), zatem poszukujące wsparcia pacjentki będą bardziej koncentrować się na radzeniu sobie poprzez interakcje z innymi ludźmi niż angażowanie się w realizowanie konkretnych celów. Związek o słabej ujemnej sile dotyczy także zapotrzebowania na wsparcie i orientacji na cel. Wraz ze wzrostem zapotrzebowania na wsparcie spada poziom orientacji na cel. Prawdopodobnie ze względu na to, iż pacjentki doświadczając potrzeby doznawania wsparcia, koncentrują się na swoich przeżyciach i w mniejszym stopniu są zorientowane na osiągnięcie celów. Wsparcie stanowią zasoby dostarczane przez innych ludzi, które pomagają osobom w trudnych sytuacjach (Juczyński, 2014), więc może być ono słabo związane z orientacją na cel.

W przypadku zmiennej *pozytywne relacje z innymi* na podstawie współczynnika R^2 można wnioskować, że przyjęty model regresji, który uwzględnia badane predyktory wyjaśnia ok. 93% zmienności wyników. Oznacza to, że zmienne zawarte w Tabeli 25 w bardzo dużym stopniu wyjaśniają i wpływają na zmienną *pozytywne relacje z innymi*, które w modelu badawczym wchodzi w skład **dobrostanu psychicznego** pacjentek i które są również związane ze sposobami nawiązywania relacji oraz wpływu na otoczenie.

Tabela 25. Podsumowanie modelu regresji dla zmiennej: Pozytywne relacje z innymi.

Podsumowanie modelu regresji; zmienna wyjaśniana: Pozytywne relacje z innymi. R= ,97101364 R ² = ,94286749 Skoryg. R ² = ,93859019 F(14,187)=220,44 p<0,001						
	BETA	Błąd stand. BETA	b	Błąd stand. b	t(187)	p
W. wolny			9,769	4,772	2,05	0,042
Ogólna inteligencja emocjonalna	0,279	0,059	0,116	0,024	4,76	0,001
Spostrzegane dostępne wsparcie	0,163	0,052	0,243	0,077	3,15	0,002
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	0,563	0,061	0,420	0,045	9,25	0,001
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,228	0,031	-0,256	0,034	-7,47	0,001
Aktualnie otrzymywane wsparcie	0,234	0,049	0,187	0,039	4,79	0,001
Umacnianie siebie	-0,103	0,027	-0,952	0,248	-3,83	0,001
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	0,091	0,069	0,177	0,134	1,31	0,191
Poszukiwanie wsparcia	0,140	0,047	0,424	0,143	2,97	0,003
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,144	0,043	-0,117	0,034	-3,38	0,001
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,306	0,099	-0,435	0,140	-3,10	0,002
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	0,128	0,059	0,322	0,149	2,16	0,032
Uogólnione poczucie skuteczności	-0,059	0,039	-0,110	0,072	-1,52	0,131
Otwartość na zmianę	-0,112	0,054	-0,957	0,464	-2,06	0,041
Zachowawczość	-0,089	0,050	-0,843	0,470	-1,79	0,075

Wyniki zamieszczone w Tabeli 25 obrazują wielkość wpływu poszczególnych predyktorów na zmienną zależną pozytywne relacje z innymi w grupie kobiet badanych. Dokonując analiz na podstawie wielkości współczynnika BETA wyróżniono:

- Pozytywny (dodatni) wpływ predyktorów: zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania (0,563), ogólna inteligencja emocjonalna (0,279), aktualnie otrzymywane wsparcie (0,234), spostrzegane dostępne wsparcie (0,163), poszukiwanie wsparcia (0,140), styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze (0,128).

Pomiędzy zdolnością do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, która stanowi jeden z czynników inteligencji emocjonalnej, a pozytywnymi

relacjami z innymi zachodzi silny dodatni związek. Poziom pozytywnych relacji pacjentek z innymi ludźmi podwyższa się pod wpływem wzrostu wspomagania przez badane kobiety ich myślenia oraz działania za pomocą wiedzy emocjonalnej i regulowania emocji. Łatwość interakcji z innymi ludźmi uznaje się za komponenty inteligencji emocjonalnej, która pełni rolę wyznacznika funkcjonowania społecznego (Schultz, Izard, Abe, 2005). Słaby związek pozytywny występuje pomiędzy ogólną inteligencją emocjonalną a pozytywnymi relacjami z innymi. Wraz ze wzrostem inteligencji emocjonalnej, która obejmuje umiejętności o charakterze społecznym (Matthews, Zeinder, Roberts, 2002), wzrasta poziom pozytywnych relacji z ludźmi u badanych kobiet. Dodatni słaby związek występuje również pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem przez pacjentki, wraz z poziomem których wzrastają ich pozytywne relacje z innymi. Badane kobiety dzięki otrzymywanemu wsparciu mogą uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć czy też lepiej zrozumieć własne położenie życiowe i problemy, co zwiększa poziom ich pozytywnych relacji z innymi. Kobiety mogą wykorzystywać również kontakty z innymi ludźmi w celu uzyskiwania wsparcia (Antonovsky, 2005). Występuje kolejno słaby pozytywny związek pomiędzy spostrzeganym dostępnym wsparciem przez badane pacjentki a ich pozytywnymi relacjami z innymi. Spostrzegane dostępne wsparcie bezpośrednio wpływa na zdrowie i dobrostan (Nowakowski, 2004; Bennett, 1992), a więc jego wzrost powoduje także wzrost pozytywnych relacji badanych kobiet z innymi ludźmi, które stanowią składową dobrostanu. Słaby dodatni związek zachodzi także pomiędzy poszukiwaniem wsparcia przez badane a ich pozytywnymi relacjami z innymi ludźmi. Kobiety mają większe zapotrzebowanie na wsparcie społeczne (Makowska, 1996), a kontakty z ludźmi dostarczają im pozytywnych doświadczeń oraz poczucia, że życie jest przewidywalne i stabilne (Bishop, 2007). Zatem im bardziej pacjentki poszukują wsparcia społecznego, tym bardziej wzrasta poziom ich pozytywnych relacji międzyludzkich. Występuje również słaby dodatni związek pomiędzy stylem skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze a pozytywnymi relacjami z innymi. Stosowanie unikania poprzez podejmowanie czynności odwracających uwagę od stresora i angażowanie się w bezstresowe aktywności (Heszen, 2014) może służyć rozładowywaniu napięć i negatywnych stanów emocjonalnych, dlatego może wiązać się ze wzrostem pozytywnych relacji z innymi ludźmi.

- Ujemny wpływ zmiennych: styl skoncentrowany na zadaniu (-0,228), styl skoncentrowany na emocjach (-0,144), otwartość na zmianę (-0,112), umacnianie siebie (-0,103).

Występuje słaba ujemna siła związku pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a pozytywnymi relacjami z innymi ludźmi, których poziom obniża się wraz ze wzrostem danego stylu radzenia sobie. Realizując zadania pomimo stresu, badane koncentrują się na problemie (Hys, Nieznańska, 2001), w związku z tym mogą wówczas wykazywać mniejsze zainteresowanie kontaktami społecznymi i poziom ich pozytywnych relacji z ludźmi się obniża. Słaby związek wpływający ujemnie zachodzi pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a pozytywnymi relacjami z innymi, które obniżają się, gdy wzrasta poziom emocjonalnego radzenia sobie pacjentek. Tendencja do koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych badanych kobiet w sytuacjach stresowych może powodować przygnębienie i może wiązać się z niskimi kompetencjami społecznymi (Matczak, Knopp, 2013; Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013), co nie sprzyja podtrzymywaniu pozytywnych relacji pacjentek z ludźmi. Związek o słabej ujemnej sile dotyczy także otwartości na zmianę i pozytywnych relacji z innymi. Poziom pozytywnych relacji badanych kobiet obniża się wraz ze wzrostem ich otwartości na zmiany. Otwartość na zmiany wyraża się poprzez wartości kierowania sobą i stymulacji, które stanowią obszar wartości skoncentrowanych na sobie, motywowanych wzrostem i koncentracją na sobie (Schwartz i in., 2012), co nie sprzyja zainteresowaniu innymi ludźmi i dlatego może obniżać poziom pozytywnych relacji interpersonalnych pacjentek. Związek o małej sile zachodzi również pomiędzy umacnianiem siebie a pozytywnymi relacjami z ludźmi. Wraz ze wzrostem umacniania siebie obniża się poziom pozytywnych relacji pacjentek z ludźmi. Umacnianie swojego Ja łączy ze sobą wartości hedonizmu, osiągnięć i władzy. Stanowi obszar wartości skoncentrowanych na sobie (Schwartz, 1992), w związku z czym wpływa ujemnie na pozytywne relacje pacjentek z innymi.

Model regresji dla zmiennej *akceptacja siebie*, na podstawie współczynnika R^2 wyjaśnia ok. 93% zmienności wyników. Można więc przyjąć, że zmienne objaśniające w bardzo dużym stopniu wyjaśniają oraz wpływają na zmienną *akceptacja siebie*, która jest składową **dobrostanu psychicznego**, ale także wskaźnikiem **odzyskiwania wewnętrznego JA** w przyjętym modelu badawczym. Zamieszczona Tabela 26 przedstawia wielkość wpływu poszczególnych predyktorów na tę zmienną zależną w grupie badanych.

Tabela 26. Podsumowanie modelu regresji dla zmiennej: Akceptacja siebie

Podsumowanie modelu regresji; zmienna wyjaśniana: Akceptacja siebie R= ,96818461 R ² = ,93738143 Skoryg. R ² = ,93159602 F(17,184)=162,03 p<0,001						
	BETA	Błąd stand. BETA	b	Błąd stand. b	t(184)	p
W. wolny			10,74	6,089	1,76	0,079
Ogólna inteligencja emocjonalna	-0,191	0,082	-0,08	0,034	-2,34	0,020
Spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne	0,167	0,064	0,49	0,186	2,61	0,010
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	0,545	0,066	0,41	0,050	8,20	0,001
Aktualnie otrzymywane wsparcie	0,221	0,061	0,18	0,049	3,65	0,001
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	0,179	0,041	0,34	0,078	4,32	0,001
Zachowawczość	0,024	0,054	0,23	0,515	0,45	0,654
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	0,008	0,067	0,02	0,170	0,12	0,908
Wsparcie buforująco-ochronne	-0,090	0,029	-0,22	0,071	-3,10	0,002
Poszukiwanie wsparcia	0,149	0,057	0,45	0,174	2,61	0,010
Umacnianie siebie	-0,052	0,030	-0,48	0,278	-1,74	0,083
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,102	0,034	-0,11	0,038	-3,03	0,003
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,120	0,047	-0,10	0,038	-2,55	0,012
Zdolność do rozpoznawania emocji	0,118	0,066	0,11	0,063	1,79	0,075
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,244	0,109	-0,35	0,156	-2,24	0,026
Zapotrzebowanie na wsparcie	-0,047	0,028	-0,27	0,158	-1,70	0,091
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	0,136	0,080	0,27	0,157	1,69	0,092
Otwartość na zmianę	-0,058	0,058	-0,50	0,496	-1,01	0,312

Na podstawie wielkości współczynnika BETA wyróżniono:

- Pozytywny (dodatni) wpływ predyktorów: zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania (0,545), aktualnie otrzymywane wsparcie (0,221), uogólnione poczucie własnej skuteczności (0,179), spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne (0,167).

Wyniki analizy regresji wskazują, że najsilniejszym predyktorem akceptacji siebie jest zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania. Z samoakceptacją wiąże się pozytywny stosunek emocjonalny wobec samego siebie, a także stanowi ona emocjonalny komponent poczucia własnej wartości (Tomkiewicz, 1996). Człowiek akceptujący siebie, akceptuje zwykle innych ludzi, którzy są dla niego także źródłem pozytywnych emocji (Chuchra, Pawłowska, 2004). Z tego względu, iż samoakceptacja związana jest ściśle z emocjami, wzrost zdolności wspomagania swoich działań oraz myślenia poprzez umiejętność wykorzystywania wiedzy emocjonalnej powoduje silny wzrost poziomu akceptacji siebie badanych pacjentek. Dodatni związek o słabej sile zachodzi kolejno pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem a akceptacją siebie. Wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom akceptacji siebie kobiet badanych. Można przypuszczać, że pacjentki doznając wsparcia ze strony innych osób i być może jednocześnie ich pozytywnego nastawienia, czują się godne uwagi, zainteresowania czy miłości, co zwiększa ich pozytywny stosunek do własnej osoby. Wsparcie społeczne jest przejawem troski i pozytywnego ustosunkowania do osoby wspieranej. W obliczu sytuacji stresowych pełni znaczącą rolę w kształtowaniu psychofizycznej kondycji człowieka (Wojtyna, Dosiak, Życińska, 2007). Wsparcie społeczne działa także jak bufor, co powoduje obniżenie napięcia, ale również polega na zmianie oceny dotyczącej własnych kompetencji i zwiększeniu wglądu we własne możliwości (Bishop, 2007). Związek dodatni o małej sile zachodzi również pomiędzy uogólnionym poczuciem własnej skuteczności a akceptacją siebie. Pozytywny stosunek do samego siebie jest związany z wysoką samoakceptacją oraz wysokim poczuciem własnej skuteczności (Ryś, 2011). Osoby o wyższym poczuciu własnej skuteczności wyznaczają sobie większe cele i w większym stopniu oczekują sukcesów (Francis, Weiss, Senf, Heist, Hargraves, 2007), co z pewnością podnosi poziom samoakceptacji. Wiara w siebie oraz w swoje możliwości odzwierciedla poczucie własnej skuteczności osoby (Byra, 2011), dlatego wraz ze wzrostem poczucia skuteczności pacjentek wzrasta poziom ich akceptacji siebie. Kolejny dodatni słaby związek występuje pomiędzy spostrzeganym dostępnym wsparciem instrumentalnym a akceptacją siebie. Wsparcie informacyjne polega na udzielaniu informacji oraz dawaniu rad, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu własnego położenia życiowego, ale także dostarcza informacji zwrotnych o skuteczności podejmowanych przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych. Spostrzegane dostępne wsparcie bezpośrednio wpływa na zdrowie i dobrostan osoby, którego elementem składowym jest akceptacja siebie (Dunkel-Schetter i Bennett, 1990). Dlatego

można wnioskować, iż wzrost spostrzeganego wsparcia instrumentalnego wpływa bezpośrednio na wzrost poziomu akceptacji siebie badanych kobiet.

- Ujemny wpływ predyktorów: styl skoncentrowany na unikaniu (-0,244), ogólna inteligencja emocjonalna (-0,191), poszukiwanie wsparcia (-0,149), styl skoncentrowany na emocjach (-0,120), styl skoncentrowany na zadaniu (-0,102), wsparcie buforująco-ochronne (-0,090).

Występuje słaba ujemna siła związku pomiędzy stylem skoncentrowanym na unikaniu a akceptacją siebie. Wraz ze wzrostem tego stylu radzenia sobie spada poziom akceptacji siebie. Styl skoncentrowany na unikaniu polega na braku działań zaradczych i jest charakterystyczny dla osób wykazujących tendencję do odrzucania, pomijania czy zaprzeczania informacji o wydarzeniu stresowym. Jeżeli wielkość sieci społecznej jest mała, a poziom odczuwanego zadowolenia z udzielonej pomocy jest niski lub bardzo niski, osoby chore skłaniają się do wyboru stylu unikowego (Terelak, 2008). Wszystko to może wpływać negatywnie na poziom akceptacji siebie badanych pacjentek. Związek o słabej ujemnej sile dotyczy także ogólnej inteligencji emocjonalnej i akceptacji siebie, która obniża się wraz ze wzrostem poziomu tego rodzaju inteligencji. Wysoka inteligencja emocjonalna może wpływać na zmniejszenie intensywności negatywnych przeżyć emocjonalnych, jednakże duże nasilenie jej niektórych komponentów, np. zdolności spostrzegania własnych emocji, może nasilać wrażliwość na stres (Lyons, Schneider, 2005). Inteligencja emocjonalna sprzyja dobrostanowi psychicznemu i jej wyższy poziom prowadzi do odczuwania większego dobrostanu psychicznego (Kong, Zhao, You, 2012; Schutte, Malouff, 2011), w związku z czym poziom akceptacji siebie powinien się zwiększać. Jednakże analiza regresji wykazała odwrotną zależność. Związek o małej sile zachodzi również pomiędzy poszukiwaniem wsparcia a akceptacją siebie, której poziom zmniejsza się pod wpływem wzrostu poszukiwania wsparcia przez badane kobiety. Poszukując wsparcia pacjentki mogą odczuwać bezradność w samodzielnym zmaganiu się z trudnościami, co obniża poziom ich samoakceptacji. Nadmierne korzystanie z pomocy innych ludzi, dające początkowo poczucie bezpieczeństwa i wsparcie w sytuacjach stresowych, zaczyna z czasem zagrażać autonomii człowieka, powoduje bierność i spadek motywacji do poszukiwania samodzielnych rozwiązań problemu i może prowadzić do uzależnienia od innych osób (Maier, Seligman, 2016), co zapewne obniża wiarę w siebie badanych kobiet oraz poziom ich akceptacji siebie. Związek o słabej ujemnej sile występuje także pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a akceptacją siebie. Wraz ze wzrostem danego stylu radzenia sobie spada poziom akceptacji

siebie pacjentek. Styl skoncentrowany na emocjach to tendencja do koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych w sytuacjach stresowych oraz do fantazjowania i myślenia życzeniowego, co ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach może jednak zwiększać poczucie stresu i powodować przygnębienie, mogąc doprowadzić do pojawienia się objawów depresyjnych (Heszen-Niejsodek, 2000; Endler, Parker, 1990). Prowadzi to do obniżenia się poczucia dobrostanu pacjentek i obniżenia poziomu akceptacji siebie. Słaby związek wpływający ujemnie zachodzi pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a akceptacją siebie. Styl skoncentrowany na zadaniu dotyczy podejmowania wysiłków prowadzących do rozwiązania problemu poprzez próby zmiany sytuacji lub przekształcenia poznawcze. Styl ten polega na poszukiwaniu, przetwarzaniu oraz wykorzystywaniu informacji o wydarzeniu stresowym (Jelonkiewicz, Kosińska-Dec, 2001). Osoby, które oceniają siebie pozytywnie, wykazują skłonność do realizowania zadania pomimo stresu – koncentrują się na problemie. Wydawałoby się zatem, że powinien zachodzić pozytywny, a nie ujemny związek pomiędzy danym stylem radzenia sobie a poziomem akceptacji siebie badanych kobiet. Jednakże być może pacjentki koncentrując się na rozwiązywaniu problemów nie zajmują się aspektami emocjonalnymi, które wiążą się z samoakceptacją i z tego powodu jej poziom ulega obniżeniu. Kolejny słaba ujemna siła związku występuje pomiędzy wsparciem buforująco-ochronnym a akceptacją siebie, której poziom maleje pod wpływem wzrostu tego rodzaju wsparcia. Wzrost wsparcia buforująco-ochronnego, które polega na chronieniu bliskich przed negatywnymi wiadomościami (Łuszczynska, Kowalska, Mazurkiewicz, Schwarzer, 2006), może powodować tłumienie przez pacjentki negatywnych stanów emocjonalnych i prowadzić do ukrywania swoich problemów, co utrudnia uzyskanie wsparcia ze strony bliskich osób. Im większe wysiłki chore podejmują, aby ukrywać swoje cierpienie i ochronić dobre samopoczucie bliskich, tym większy odczuwają lęk, bezradność, niemoc, rozpacz (Scott, Halford, Ward, 2004). Obniża to poziom ich akceptacji siebie. Wsparcie społeczne jest dodatkowo czynnikiem determinującym wysokie lub niskie poczucie własnej skuteczności, a z wysokim poczuciem własnej skuteczności jest związany pozytywny stosunek do siebie oraz wysoka samoakceptacja (Dalgard, Bjørk, Tambs, 1995).

W przypadku zmiennej *ogólna samoocena*, na podstawie współczynnika R^2 można wnioskować, że przyjęty model regresji, który uwzględnia badane predyktory wyjaśnia ok. 92% zmienności wyników. Oznacza to, że predyktory w bardzo dużym stopniu wyjaśniają i wpływają na zmienną ogólna samoocena, która stanowi obraz własnej osoby, natomiast to

w jakim stopniu obraz ten jest przez osobę akceptowany określa jego samoakceptację. Samoakceptacja wiąże się z kolei z **odzyskiwaniem wewnętrznego JA**, jak również z dobrostanem psychicznym badanych w przyjętym modelu badawczym. Samoocena jest elementem systemu wiedzy człowieka, który umożliwia poznanie siebie oraz ocenę własnych możliwości. Samoakceptacja to z kolei zgeneralizowany stosunek do własnej osoby, który określa się także jako zgeneralizowaną postawę wobec siebie. Ogólna samoocena stanowi więc ważny czynnik determinujący wytworzenie określonego stosunku wobec własnej osoby (Furmańska, 2001; Kozielecki, 1986). Zamieszczona Tabela 27 obrazuje wielkość wpływu poszczególnych predyktorów na zmienną zależną ogólna samoocena w grupie kobiet badanych.

Tabela 27. Podsumowanie modelu regresji dla zmiennej: Ogólna samoocena.

Podsumowanie modelu regresji; zmienna wyjaśniana: Ogólna samoocena R= ,96599873 R ² = ,93315354 Skoryg. R ² = ,92776270 F(15,186)=173,10 p<0,001						
	BETA	Błąd stand. BETA	b	Błąd stand. b	t(186)	p
W. wolny			-1,43	4,135	-0,35	0,730
Ogólna inteligencja emocjonalna	0,273	0,084	0,10	0,032	3,25	0,001
Aktualnie otrzymywane wsparcie	0,123	0,054	0,09	0,040	2,27	0,024
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	0,377	0,061	0,26	0,041	6,22	0,001
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	0,204	0,042	0,35	0,071	4,90	0,001
Spostrzegane dostępne wsparcie	0,252	0,057	0,34	0,078	4,43	0,001
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze	-0,116	0,068	-0,27	0,157	-1,69	0,092
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,132	0,032	-0,14	0,033	-4,10	0,001
Zapotrzebowanie na wsparcie	0,065	0,027	0,34	0,141	2,37	0,019
Otwartość na zmianę	-0,184	0,057	-1,44	0,445	-3,24	0,001
Zdolność do rozpoznawania emocji	-0,134	0,066	-0,12	0,058	-2,04	0,043
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	0,262	0,082	0,47	0,147	3,17	0,002
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,201	0,108	-0,26	0,140	-1,87	0,063
Wsparcie buforująco-ochronne	-0,056	0,029	-0,12	0,065	-1,90	0,059
Zachowawczość	-0,074	0,049	-0,64	0,425	-1,50	0,135

Dokonując analiz na podstawie wielkości współczynnika BETA wyróżniono:

- Pozytywny (dodatni) wpływ predyktorów: zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania (0,377), ogólna inteligencja emocjonalna (0,273), styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (0,262), spostrzegane dostępne wsparcie (0,252), uogólnione poczucie własnej skuteczności (0,204), aktualnie otrzymywane wsparcie (0,123), zapotrzebowanie na wsparcie (0,065).

Wiodącym predyktorem ogólnej samooceny wpływającym dodatnio, lecz umiarkowanie silnie jest zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania. Umiejętność korzystania z wiedzy emocjonalnej, która może ułatwiać podejmowanie decyzji i zwiększać skuteczność w działaniu wpływa na zwiększenie poziomu ogólnej samooceny badanych kobiet. Poziom samooceny zależy przede wszystkim od subiektywnego osądu własnych działań. Dodatkowo kompetencje emocjonalne są skorelowane z wysokimi kompetencjami społecznymi (Bar-On, 2000; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000), co również wpływa dodatnio na poziom ogólnej samooceny. Kolejny dodatni związek, ale o słabej sile zachodzi pomiędzy ogólną inteligencją emocjonalną a ogólną samooceną, która wzrasta wraz ze wzrostem emocjonalnej inteligencji. Na osoby inteligentne emocjonalnie silnie oddziałują wydarzenia pozytywne – umacniają one wiarę w siebie, samoocenę. Badania wykazały korelację pomiędzy samooceną a inteligencją emocjonalną (Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000). Inteligencja emocjonalna ułatwia powodzenie własnych działań, one natomiast budują pozytywną samoocenę osoby (Matczak, Knopp, 2013), co potwierdzają uzyskane wyniki analizy regresji. Pomiędzy stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich a ogólną samooceną pacjentek zachodzi słaby dodatni związek. Wraz ze wzrostem tego stylu radzenia sobie wzrasta poziom ogólnej samooceny badanych kobiet. Badania McCall i Struthers (1994) ujawniły, iż samoocena dodatnio koreluje ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich – im jest wyższa, tym wyższy jest wynik w skali badającej dany styl radzenia sobie. Osoby, których poziom samooceny jest wysoki, łatwiej nawiązują kontakty interpersonalne w porównaniu do osób z niższą samooceną. Intensyfikacja kontaktów z innymi ludźmi skutkuje z kolei uzyskiwaniem wsparcia społecznego (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013). Styl polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, jak pokazują badania empiryczne Lowe, Cockshott, Greenwood, Kirwan,

Almeida, Richards, Hewlett (2008), wiąże się z ogólną inteligencją emocjonalną, która również wpływa na wzrost ogólnej samooceny. Dodatni związek o słabej sile zachodzi pomiędzy spostrzeganym dostępnym wsparciem a ogólną samooceną. Wsparcie spostrzegane stanowi zbiór wiedzy i przekonań jednostki na temat tego skąd i od kogo może otrzymać pomoc w sytuacji trudnej. Zawiera także informacje odnośnie dostępności źródeł tej pomocy (Sęk, Cieślak, 2018). Wsparcie spostrzegane, odnoszące się do subiektywnego poczucia potencjalnej dostępności wsparcia, jest lepszym predyktorem dobrostanu, radzenia sobie ze stresem oraz zdrowia niż wsparcie otrzymywane (Smoktunowicz, Cieślak, Żukowska, 2013; Łuszczynska, Cieślak, 2005). Spostrzeganie przez pacjentki wsparcia może dawać im poczucie bezpieczeństwa, samoakceptacji, wpływać na lepsze radzenie sobie i zwiększać tym samym ich ogólną samoocenę. Związek o słabej dodatniej sile zachodzi również pomiędzy uogólnionym poczuciem własnej skuteczności a ogólną samooceną pacjentek. Ogólna samoocena badanych kobiet wzrasta pod wpływem wzrostu poziomu poczucia własnej skuteczności, które wyraża się w przekonaniu osoby, że jest ona w stanie osiągnąć oczekiwany wynik działania (Rubacha, 2013). Wiara pacjentek w siebie oraz w swoje możliwości odzwierciedla ich poczucie własnej skuteczności. Według R. Schwarzer'a (1997) osoby o silnym poczuciu własnej skuteczności stawiają sobie wyższe cele, inwestują więcej wysiłku i są bardziej wytrwałe, co w efekcie może powodować wzrost poziomu ogólnej samooceny badanych. Kolejny pozytywny związek o słabej sile występuje pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem a ogólną samooceną badanych. Wsparcie otrzymywane jest oceniane obiektywnie lub subiektywnie przez odbiorcę jako faktycznie otrzymany rodzaj i ilość wsparcia (Sęk, Cieślak, 2018). Im wyższy jest poziom otrzymywanego przez pacjentki wsparcia, tym większe daje ono badanym kobietom poczucie, że są ważne dla bliskich im osób. Wsparcie może silnie umacniać badane i oddziaływać korzystnie na obraz siebie pacjentek, który podwyższa się wraz ze wzrostem poziomu aktualnie otrzymywanego wsparcia. Pozytywny związek o bardzo małej sile występuje pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie a ogólną samooceną, której poziom wzrasta wraz ze wzrostem zapotrzebowania na wsparcie badanych kobiet. Zapotrzebowanie na wsparcie ujawnia, w jakim stopniu osoba, która znajduje się w trudnej życiowej sytuacji oczekuje pomocy ze strony innych ludzi (Schwarzer, Schulz, 2003). Zapotrzebowanie na nie wzrasta gwałtownie w sytuacjach trudnych. Wsparcie bliskich daje poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne człowiekowi w trudnych chwilach. Wyzwala również wiarę w możliwości pacjenta i mobilizuje wewnętrzne siły do pokonywania trudności (Malinowska, 2008; Ślusarska, Zarzycka,

Zahradniczek, 2008). Można przypuszczać, że im większe zapotrzebowanie na wsparcie wykazują pacjentki, tym aktywniej mogą go poszukiwać, dzięki czemu mają szansę na jego uzyskanie. Pozyskanie zrozumienia oraz pomocy ze strony bliskich osób wpływa z kolei na wzrost ogólnej samooceny badanych.

- Ujemny wpływ predyktorów: otwartość na zmianę (-0,184), zdolność do rozpoznawania emocji (-0,134), styl skoncentrowany na zadaniu (-0,132).

Słaby związek o ujemnym wpływie stwierdzono pomiędzy otwartością na zmianę a ogólną samooceną. Otwartość na zmianę stanowi obszar wartości wzrostu, wolnych od lęku. Wyraża się poprzez wartości kierowania sobą i stymulacji, a motywowana jest wzrostem oraz koncentracją na sobie (Cieciuch, 2013). Cechuje ją niezależność w myśleniu i działaniu, wolność, autonomiczne wybieranie własnych celów. Związana z nią stymulacja polega na poszukiwaniu nowości oraz dążeniu do ekscytującego, urozmaiconego życia. Wydawać by się mogło, że motywacja do poszukiwania wyzwań stawianych przez życie oraz autonomia będą podnosiły poziom ogólnej samooceny osoby. Jednakże wyniki analizy regresji pokazują wpływ słaby, ujemny, obniżający poziom obrazu siebie pacjentek. Można przypuszczać, że otwartość na zmianę może być słabo związana z ogólną samooceną badanych. Zachodzi ujemny związek o słabym nasileniu pomiędzy zdolnością do rozpoznawania emocji a ogólną samooceną. Stwierdzono, że inteligencja emocjonalna jest związana z mniejszą skłonnością do doświadczania negatywnych emocji i większą skłonnością do doświadczania emocji pozytywnych, przyczyniając się do wyższego poczucia dobrostanu psychicznego (Zeidner, Matthews, Roberts, 2012). Jednakże zdolność do rozpoznawania emocji może być związana z koncentracją badanych na swoich negatywnych stanach emocjonalnych, co może wpływać na obniżenie poziomu ogólnej samooceny badanych kobiet. W badaniach empirycznych wykazano istnienie deficytów w rozpoznawaniu emocji u pacjentów chorujących na depresję. Znaczące deficyty w zdolnościach do rozpoznawania i wyrażania emocji oraz w zarządzaniu pozytywnymi i negatywnymi emocjami okazały się ważnymi czynnikami związanymi z depresją (Austin, Saklofske, Egan, 2005). Mogą one wpływać negatywnie na obraz siebie badanych osób. Słaby ujemny związek występuje również pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a ogólną samooceną pacjentek. Według literatury zadaniowe style radzenia sobie w sytuacji stresowej mogą być preferowane przez osoby o wysokiej samoocenie (Doliński, 2001). Na podstawie danych empirycznych osoby o wysokiej samoocenie radzą sobie w sposób aktywny, zorientowany na rozwiązanie problemu czy realizację wyznaczonego celu. Wyniki badań A. Hys i A. Nieznańskiej (2001) wskazują, że ze

stylem zorientowanym na działanie koreluje wyższy poziom samooceny, co jest jednakże przeciwstawne do uzyskanych wyników przeprowadzonej przez autorkę analizy regresji. Dane z zaprezentowanych w pracy badań pokazują, iż ze wzrostem stylu skoncentrowanego na zadaniu obniża się poziom ogólnej samooceny pacjentek. W literaturze przedmiotu nie stwierdzono także interakcji pomiędzy stylem zorientowanym na zadanie a depresją (Terelak, 2008). Styl ten może być zatem słabo powiązany z obrazem siebie badanych, gdyż polega na poszukiwaniu, przetwarzaniu oraz wykorzystywaniu informacji o wydarzeniu stresowym.

18. Analiza klasterowa kobiet chorujących na zaburzenia depresyjne.

W tej części pracy autorka, w celu pogłębienia analiz i uzyskania bardziej szczegółowych wyników przeprowadzonych badań, zdecydowała się na zastosowanie metody eksploracyjnej w postaci grupowania – analizy skupień (Jain, Murty, Flynn, 1999). W przypadku kobiet chorujących na depresję konstrukt zmiennych psychologicznych nie posiada odniesienia do innej grupy kobiet, z którą można by go porównać. Ponadto, na podstawie literatury tematu można stwierdzić, że kobiety chorujące na depresję różnią się w zakresie cech indywidualnych, pozwalających przewidywać, że nie ma jednego typu kobiet depresyjnych o identycznym czy zbliżonym obrazie psychologicznym. Zatem w odpowiedzi na problem badawczy sformułowany w następujący sposób: **„Czy można wyodrębnić typy pacjentek chorujących na depresję ze względu na określony profil czynników psychologicznych i prezentowanych wartości, które mogą sprzyjać procesowi zdrowienia?”** podjęto próbę ustalenia zróżnicowania badanej grupy chorych kobiet w zakresie czterech zmiennych indywidualnych (włącznie z podskalami - 13 cech podmiotowych) o stałym charakterze, czyli kształtujących się od najwcześniejszych lat życia człowieka, wyróżnionych na podstawie literatury przedmiotu: *poczucie własnej skuteczności*, *inteligencja emocjonalna* (zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji; zdolność do regulowania emocji u siebie i innych; zdolność do wykorzystania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie), *styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych* (styl skoncentrowany na zadaniu; styl skoncentrowany na emocjach; styl skoncentrowany na unikaniu; angażowanie się w czynności zastępcze; poszukiwanie kontaktów towarzyskich), *hierarchia wartości* (otwartość na zmianę; umacnianie siebie; zachowawczość; przekraczanie siebie). W tym celu przeprowadzono analizę klasterową w obrębie grupy badanych kobiet przy zastosowaniu metody k-średnich (Everitt, Landau, Leese, Stahl, 2011).

Otrzymano liczbę 4 skupień. Ostatecznie w badanej grupie wyodrębniono trzy profile (skupienia) różniące się w zakresie wybranych 13 cech indywidualnych, które należą do zasobów osobistych jednostki. Są związane z wiarą w swoje działania, umiejętnością rozpoznawania emocji własnych i innych osób wraz ze zdolnością empatii, co wpływa na nawiązywanie bliskich i satysfakcjonujących relacji z ludźmi, a także ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem, niezależnością w działaniu oraz troską o dobro innych. Profil IV zdecydowano się odrzucić jako artefakt, ze względu na małą liczbę osób wchodzących w jego skład. Za pomocą testu Fishera potwierdzono, że klasterzy różnią się od siebie w sposób

istotny. Wyniki analizy skupień prezentuje Tabela 28 oraz Wykres 2. Z kolei w Tabeli 29 zaprezentowano średnią i odchylenie standardowe poszczególnych profili wyróżnionych za pomocą analizy skupień.

Tabela 28. Analiza skupień (metodą k-średnich) w obrębie grupy badawczej (n=202).

Zmienna	Profil I N=51	Profil II N=73	Profil III N=66	Profil IV N= 12	F	p
GSES - poczucie własnej skuteczności	1,21	0,12	-1,00	-0,38	163,2	0,001
INTE - ogólna inteligencja emocjonalna	1,07	0,43	-1,17	-0,75	354,4	0,001
INTE czynnik I - wykorzystywanie emocji w celu wspomagania myślenia i działania	1,07	0,41	-1,25	-0,16	431,5	0,001
INTE czynnik II - rozpoznawanie emocji	1,00	0,48	-1,14	-0,91	280,1	0,001
CISS - styl skoncentrowany na zadaniu	1,07	-0,01	-0,88	0,35	80,3	0,001
CISS - styl skoncentrowany na emocjach	-1,31	-0,08	0,94	0,91	234,8	0,001
CISS - styl skoncentrowany na unikaniu	1,02	0,25	-0,69	-2,11	160,3	0,001
CISS - angażowanie się w czynności zastępcze	-0,04	0,32	0,12	-2,41	41,9	0,001
CISS - poszukiwanie kontaktów towarzyskich	1,37	0,04	-0,91	-1,02	285,9	0,001
PVQ - Otwartość na zmianę	1,26	-0,02	-1,01	0,33	189,5	0,001
PVQ - Umacnianie siebie	0,37	-0,07	-0,53	1,76	30,0	0,001
PVQ -	-1,04	0,00	1,01	-1,16	146,9	0,001

Zachowawczość

PVQ -

Przekraczanie
siebie

0,56

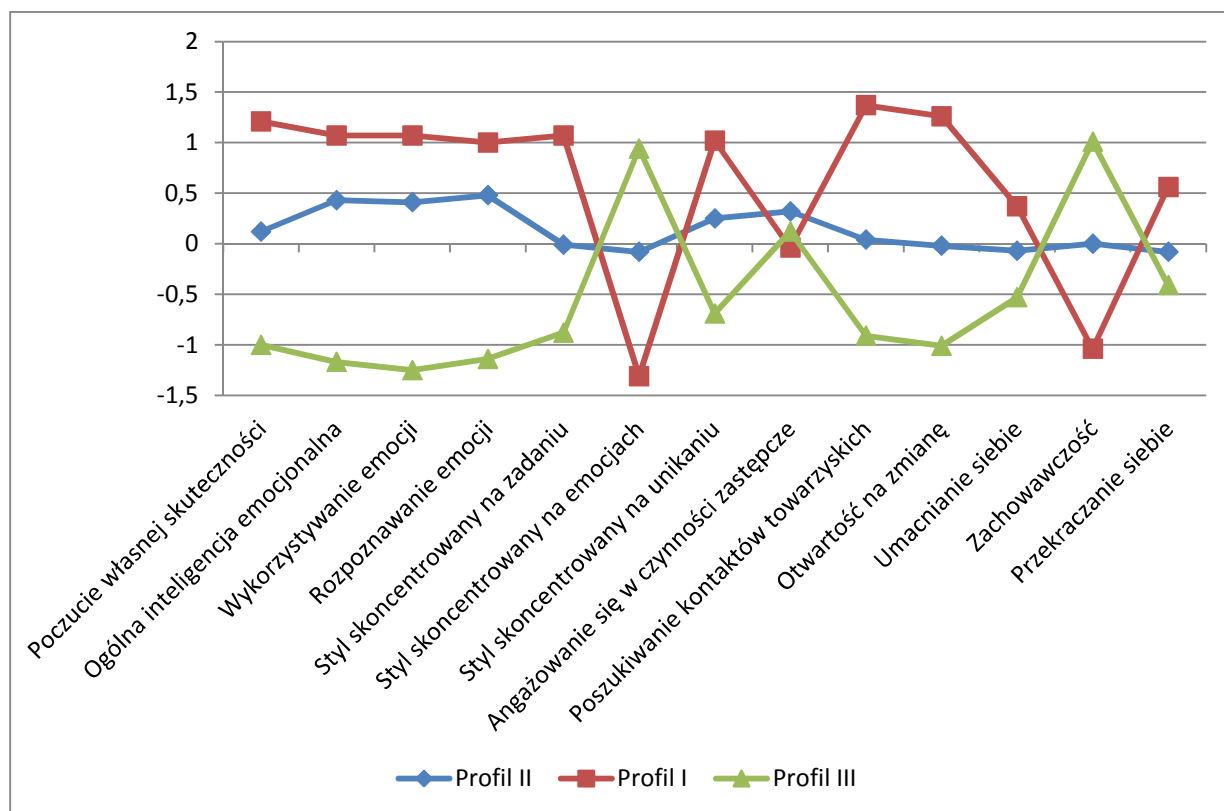
-0,08

-0,41

0,32

11,1

0,001



Wykres 2. Wykres pokazuje rozkład średnich w poszczególnych klasterach.

Tabela 29. Średnia i odchylenie standardowe profili.

	Profil I	Profil II	Profil III
Poczucie własnej skuteczności - M	30,24	23,79	17,23
Poczucie własnej skuteczności - SD	3,36	3,49	2,87
Ogólna inteligencja emocjonalna - M	142,2	125,5	83,4
Ogólna inteligencja emocjonalna - SD	7,11	11,32	12,38

Wykorzystywanie emocji w celu wspomagania myślenia i działania - M	68,80	59,16	34,77
Wykorzystywanie emocji w celu wspomagania myślenia i działania - SD	3,71	7,28	4,25
Rozpoznawanie emocji - M	50,88	44,97	26,44
Rozpoznawanie emocji - SD	4,34	4,53	6,27
Styl skoncentrowany na zadaniu - M	61,12	50,59	42,14
Styl skoncentrowany na zadaniu - SD	7,15	5,44	7,72
Styl skoncentrowany na emocjach - M	38,39	55,08	68,89
Styl skoncentrowany na emocjach - SD	4,28	8,22	5,85
Styl skoncentrowany na unikaniu - M	51,06	45,15	37,91
Styl skoncentrowany na unikaniu - SD	4,207	4,162	4,437
Angażowanie się w czynności zastępcze - M	20,16	21,73	20,85
Angażowanie się w czynności zastępcze - SD	2,072	2,983	4,724
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich - M	21,76	14,25	8,88
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich - SD	2,566	2,881	1,957
Otwartość na zmianę - M	0,08	-1,56	-2,82
Otwartość na zmianę - SD	0,573	0,674	0,710
Umacnianie siebie - M	-1,66	-2,17	-2,72
Umacnianie siebie - SD	1,062	1,159	0,753
Zachowawczość - M	0,133	1,345	2,511
Zachowawczość - SD	0,422	0,604	0,755

Przekraczanie siebie - M	1,248	0,815	0,590
Przekraczanie siebie - SD	0,570	0,651	0,626

W tej części pracy zostaną przeanalizowane wyniki, które stały się podstawą wyróżnienia profili psychologicznych kobiet chorujących na depresję ze względu na konfigurację cech indywidualnych. Podstawą przyjęcia nazewnictwa określonego profilu był potencjał przystosowawczy, na który składa się skuteczne radzenie sobie, zdolność do rozpoznawania stanów emocjonalnych i panowania nad emocjami, otwartość na zmiany czy troska o pozytywne relacje z innymi ludźmi. Potencjał przystosowawczy pacjentek powinien wywierać modyfikujący wpływ na proces ich zdrowienia. E. Hempolińska-Nowik (2014) przytoczyła definicję *przystosowania psychologicznego* za Z. Skornym (1976), według którego jednostka przystosowana to osoba, która porafi podporządkowywać się normom społeczno-moralnym, potrafi zachowywać psychiczną równowagę w trudnych sytuacjach, współdziałać z innymi i rozwiązywać konflikty, a także, która ma świadomość swoich dążeń i celów oraz stara się konsekwentnie je realizować. Świadczy to o dojrzałości emocjonalnej i społecznej osoby, która jest zdolna do odgrywania różnych ról społecznych, utrzymywania trwałych związków z ludźmi oraz zadowolenia z życia (Hempolińska-Nowik, 2014; Klein, 2007; Showers, Kevlyn, 1999). Za osobę dobrze przystosowaną uznaje się jednostkę, która potrafi także radzić sobie ze stresem, jest zrównoważona i ma stabilną pozytywną samoocenę. Jednostka taka nie doznaje zaburzeń psychicznych, nie odznacza się depresyjnością czy neurotyzmem (Hempolińska-Nowik, 2014; Showers, Larson, 1999; O'Connor, Vallerand, 1998; Heszen-Niejodek, 1996; Donahue, Robins, Roberts, John, 1993; Showers, 1992; Linville, 1987; Taylor, 1983). W badaniach Hempolińskiej-Nowik (2014) oraz Campbell, Assanand, Di Paula (2003, 2004) wykazano związki pomiędzy strukturą Ja a przystosowaniem. Osoba dobrze przystosowana odznacza się zazwyczaj pozytywną integracją struktury Ja. Jako miary przystosowania przyjęto poziom samooceny, negatywnego afektu oraz neurotyzmu. Uznano, że integracja struktury Ja służy lepszemu przystosowaniu, gdyż koreluje pozytywnie z miarami przystosowania. Osoby lepiej przystosowane mają wysoką samoocenę. W innych badaniach również wykazano pozytywny związek organizacji struktury Ja z przystosowaniem (Hart, Field, Garfinkle, Singer, 1997; Showers, 1992, 1995).

Na podstawie analizy uzyskanych wyników można stwierdzić, że dla każdego z wyróżnionych klasterów (profilu) istnieje określony układ cech, który charakteryzuje daną grupę kobiet. Profile psychologiczne kobiet można scharakteryzować w następujący sposób:

PROFIL I „Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym” (skuteczne, inteligentne emocjonalnie): o wysokiej skuteczności i inteligencji emocjonalnej, poszukujący kontaktów towarzyskich, o otwartości na zmiany (51 osób) – charakteryzuje się wysokim poczuciem własnej skuteczności (1,2), wysoką inteligencją emocjonalną (1,07), wysokim poziomem zadaniowego radzenia sobie (1,07), wysokim unikowym stylem radzenia sobie (1,02), wysokim poziomem stylu radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich (1,37), wysoką otwartością na zmiany (1,26), podwyższonym przekraczaniem siebie (0,56), niskim angażowaniem się emocjonalnym (-1,31), niską zachowawczością (-1,04).

Pacjentki o wysokim potencjale przystosowawczym odznaczają się przekonaniem o możliwości osiągnięcia zamierzonego celu oraz zaangażowaniem w działanie. Stawiają sobie ambitne zadania i cele, do których dążą nawet w sytuacji pojawienia się przeszkód. Oczekują, że w danej sytuacji uda im się zachować w określony sposób. Charakteryzuje je zdolność do rozpoznawania własnych uczuć, analizowania ich i kierowania nimi, zdolność do zauważania emocji innych ludzi, znajomość stanów emocjonalnych oraz wykorzystywanie ich w kierowaniu swoimi działaniami i motywowaniu siebie, a także zdolność do nawiązywania i utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi. Kobiety te potrafią panować nad emocjami, posiadają świadomość emocjonalną, empatię oraz potrafią podporządkowywać emocje swoim celom. Pacjentki o wysokim potencjale przystosowawczym, w sytuacji zaistnienia problemu, podejmują wysiłki prowadzące do jego rozwiązania. Podejmują próby zmiany sytuacji na łatwiejszą do rozwiązania lub stosują przekształcenia poznawcze, jak myślenie o problemie, poszukiwanie i przetwarzanie informacji na jego temat oraz myślenie o możliwych rozwiązaniach problemu, np. poprzez wykorzystanie zgromadzonych informacji. W celu unikania analizowania i emocjonalnego przeżywania sytuacji stresowych intensyfikują kontakty towarzyskie, dzięki czemu uzyskują wsparcie społeczne. Badane kobiety wykazują otwartość na zmiany, która wyraża się poprzez wartości kierowania sobą (niezależność w myśleniu i działaniu, kształtowanie własnego poglądu na świat, wolność w wyborze własnych idei oraz działań) i stymulacji (poszukiwania wyzwań stawianych przez życie, dążenie do ekscytującego i urozmaiconego życia). Cechuje je także skłonność do przekraczania siebie. Wyraża się ona w trosce o dobro innych ludzi, w potrzebie pozytywnych

interakcji z innymi, w byciu godnym zaufania, w dążeniu do sprawiedliwości, tolerancji i akceptacji wszystkich ludzi oraz w dbałości o ochronę środowiska. Kobiety te nie wykazują natomiast preferencji stabilizacji w relacjach międzyludzkich, bezpieczeństwa czy ograniczania własnych działań, aby nie naruszać społecznych norm. Nie odznaczają się także przywiązaniem do tradycji i podtrzymywania zwyczajów własnej kultury czy rodziny.

Wiara we własne możliwości sprzyja pozytywnym rezultatom działań, wyzwala energię i wiąże się z większymi osiągnięciami kobiet chorujących na depresję (Schwarzer, 1997; Schwarzer, Fuchs 1996). Im silniejsze poczucie własnej skuteczności posiadają pacjentki, tym chętniej podejmują zachowania zdrowotne, stawiają sobie wyższe cele oraz silniej angażują się w podjęte działania (Juczyński, 1998). Kobiety z depresją oczekujące wysokiej skuteczności własnej są bardziej efektywne w działaniu, bardziej wytrwałe w dążeniu do celu oraz odnoszą więcej sukcesów (Bandura, 1997). Poczucie własnej skuteczności jest istotną dyspozycją w procesie radzenia sobie pacjentek o wysokim potencjale przystosowawczym i jest traktowane jako ich zasób osobisty. Pacjentki z wysokim poczuciem własnej skuteczności zazwyczaj traktują sytuacje trudne w kategoriach wyzwania, dążąc do ich rozwiązania. Wysokie poczucie samoskuteczności wiąże się z wytrwałym zaangażowaniem tych badanych w zmaganie się z trudnościami oraz większymi zdolnościami rozwiązywania problemów (Heppner, Lee, 2005; Schwarzer, Taubert, 1999; Schwarzer, 1997). Inteligencja emocjonalna wykazuje ujemne związki z depresją. Pacjentki o wysokiej inteligencji emocjonalnej doświadczają większej satysfakcji życiowej, posiadają większą sieć społeczną i o lepszej jakości, a także mają bardziej rozwinięte umiejętności społeczne, pozwalające im na skuteczniejsze korzystanie ze wsparcia. Pacjentki te nawiązują bliższe emocjonalnie relacje z otoczeniem i są one dla nich bardziej satysfakcjonujące. Cechuje je także zdolność do empatii, czyli rozpoznawania cudzych emocji, rozumienia ich oraz afektywnego reagowania na emocjonalne doświadczenia drugiej osoby (Bastian, Burns, Nettelbeck, 2005; Ogińska-Bulik, 2005; Saklofske, Austin, Minski, 2003; Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001). Umiejętność rozumienia własnych stanów emocjonalnych dostarcza pacjentkom niezbędnej wiedzy do regulacji emocji oraz jest istotna dla adaptacyjnego funkcjonowania psychicznego badanych kobiet (Schweitzer, 2008; Ciarrochi, Dean, Anderson, 2002). Zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, preferowany przez pacjentki, uważany jest za najefektywniejszy (Wrześniewski, 2007). Polega on na planowaniu rozwiązania problemu i podejmowania w tym kierunku działania. Efektywność w procesie radzenia sobie pacjentek z depresją może wzmacniać lub kształtować ich poczucie własnej skuteczności (Byra, 2011).

Poszukiwanie kontaktów towarzyskich w obliczu sytuacji stresowych jest natomiast formą unikowego stylu radzenia sobie i daje chorym kobietom możliwość uzyskania wsparcia ze strony innych ludzi (Heszen-Niejodek, 2000; Endler, Parker, 1994). Otwartość tych pacjentek na zmiany zalicza się do wartości skoncentrowanych na sobie i wskazuje na niezależność ich myślenia, poszukiwanie własnych pomysłów, ale także na niezależność w podejmowaniu decyzji czy realizacji stawianych przez siebie celów. Przekraczanie siebie należy natomiast do wartości skoncentrowanych na innych ludziach. Wyraża się troską kobiet z depresją o pozytywne relacje z innymi, akceptowaniem przez badane ludzi czy tolerowaniem ich odmienności. Wraz z wiekiem rośnie preferencja życzliwości i uniwersalizmu składających się na przekraczanie siebie pacjentek z depresją (Schwartz, 2006).

PROFIL II „Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym” (angażujące się w czynności zastępcze, umiarkowanie inteligentne emocjonalnie): o przeciętnej skuteczności i inteligencji emocjonalnej, o unikowym stylu radzenia sobie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze oraz umiarkowanej otwartości na zmiany (73 osoby) – profil odznacza się przeciętnym poziomem poczucia skuteczności (0,12), umiarkowaną inteligencją emocjonalną (0,43), umiarkowanym poziomem unikowego radzenia sobie (0,25), przeciętnym angażowaniem się w czynności zastępcze (0,32), średnią otwartością na zmiany (-0,02).

Pacjentki o umiarkowanym potencjale przystosowawczym charakteryzują się przeciętnym poczuciem skuteczności, co wpływa na to, że stawiają sobie umiarkowane cele oraz inwestują średnią ilość wysiłku w ich realizację. Umiarkowanie panują nad emocjami i posiadają przeciętną zdolność do spostrzegania i wyrażania emocji, do kontrolowania emocji oraz radzenia sobie ze smutkiem czy niepokojem. W przeciętnym stopniu potrafią wykorzystywać wiedzę emocjonalną. W sytuacji stresu w przeciętnym stopniu unikają podejmowania działań zaradczych i wykazują umiarkowanie nasiloną tendencję do wypierania oraz zaprzeczania informacjom o wydarzeniu stresowym. Podejmują się wówczas innych zadań lub angażują w bezstresowe aktywności. Może to skutkować mniejszym angażowaniem się w proces leczenia. Kobiety te wykazują przeciętną niezależność myślenia i działania oraz przeciętny poziom wolności w wyborze własnych idei, celów czy rozwijaniu własnych umiejętności. Ich zapotrzebowanie na doświadczanie nowości i zmienności również jest umiarkowane.

Poczucie własnej skuteczności leży u podstaw ludzkiej aktywności – kobiety o umiarkowanej skuteczności własnej stawiają sobie przeciętnie ambitne cele, inwestując średnią ilość wysiłku oraz są umiarkowanie wytrwałe w działaniu (Schwarzer, 1997; Schwarzer, Fuchs 1996). Umiarkowane poczucie własnej skuteczności będzie wiązało się z przekonaniem badanych kobiet o posiadaniu przeciętnych zdolności do działania w nowych czy stresogennych warunkach. Takie natężenie poczucia samoskuteczności może determinować średnią motywację do podjęcia i kontynuowania aktywności przez pacjentki o umiarkowanym potencjale przystosowawczym (Oleś, 2003). Kobiety te przejawiają przeciętne zdolności motywowania się emocjami, rozpoznawania uczuć swoich czy innych ludzi oraz kierowania emocjami własnymi i osób bliskich. Ich relacje małżeńskie z racji średniego poziomu inteligencji emocjonalnej mogą być mniej dojrzałe i mniej prawidłowe – bardziej dominujące lub pasywne i uległe. Przeciętna inteligencja emocjonalna będzie także w średnim stopniu moderowała wpływ wydarzeń pozytywnych czy porażek na pacjentki cierpiące na depresję i umiarkowanie będzie determinowała ich efektywne rozumienie siebie oraz innych ludzi, a tym samym bliskie relacje interpersonalne badanych i ich radzenie sobie w życiu (Maczak, Knopp, 2013; Mayer, Salovey, 1999). Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu jest typowy dla pacjentek wystrzegających się przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Jedną z jego form - angażowanie się w czynności zastępcze - może polegać na rozmyślaniu o sprawach przyjemnych, spaniu, objadaniu się czy oglądaniu przez badane telewizji (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2013). Przeciętna otwartość na zmiany wiąże się z umiarkowaną samosterownością kobiet chorujących na depresję, średnim poziomem wolności w podejmowaniu przez nie działań oraz umiarkowaną preferencją przez pacjentki hedonizmu, czyli dążenia do przeżywania przyjemności. Umiarkowana otwartość kobiet z depresją na zmiany wyraża się także ich średnim zapotrzebowaniem na stymulację, czyli pojawiające się zmiany czy nowe sytuacje (Cieciuch, 2013a).

PROFIL III „Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym” (zachowawcze, skoncentrowane na emocjach): o niskiej skuteczności i inteligencji emocjonalnej, wysokiej zachowawczości, stylu radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach oraz małej otwartości na zmiany (66 osób) – charakteryzuje się niskim poczuciem własnej skuteczności (-1,00), niską inteligencją emocjonalną (-1,17), obniżonym poziomem zadaniowego (-0,88) i unikowego (-0,69) radzenia sobie, niską otwartością na zmiany (-1,01),

wysokim poziomem stylu skoncentrowanego na emocjach (0,94), wysoką zachowawczością (1,01).

Kobiety z depresją o niskim potencjale przystosowawczym charakteryzuje niskie przekonanie o własnej skuteczności, które obniża motywację do działania. Powoduje również niepokój i lęk, co w obliczu sytuacji trudnych może nasilać objawy depresji. Kobiety te są bardziej podatne na depresję i stres. Posiadają słabą znajomość własnych emocji oraz słabą zdolność kierowania nimi. Jest im trudno odkładać w czasie zaspokajanie swoich pragnień. Posiadają także trudności w utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi. Posiadają skłonność do koncentrowania się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, napięcie czy poczucie winy, zamiast poszukiwania rozwiązania problemu. Pacjentki te mogą wykazywać tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania w celu zmniejszenia napięcia emocjonalnego. Nie wykazują natomiast skłonności do odwracania uwagi od problemów poprzez angażowanie się w inne zajęcia. Istotna jest dla nich potrzeba własnego bezpieczeństwa oraz stabilność w społeczeństwie. Wykazują także znaczną niechęć do zmian i zachowawczość, na którą składają się wartości tradycji, bezpieczeństwa i przystosowania. Badane kobiety cechuje posłuszeństwo, podporządkowywanie się regułom, prawu oraz ograniczanie własnych dążeń, które mogłyby irytować innych ludzi czy naruszać społeczne oczekiwania. Kobiety te akceptują zwyczaje i tradycje własnej kultury i rodziny.

Niskie poczucie własnej skuteczności u kobiet badanych wiąże się z depresją. Jest ono bowiem uznawane za jedno z kluczowych determinantów zachowań zdrowotnych (Bishop, 2007; Schwarzer, 1997; Schwarzer, Fuchs 1996). Poczucie własnej skuteczności odgrywa istotny udział podczas zmagania się z problemami, a niski jego poziom może wyrażać się w przekonaniu pacjentek o dysponowaniu niewielkimi zdolnościami radzenia sobie z problemami i brakiem wiary w efektywność stosowanych strategii zaradczych. Kobiety te mogą nie wierzyć w siebie oraz w swoje możliwości skutecznego działania. Z kolei niepowodzenia w procesie radzenia sobie mogą osłabiać przekonanie kobiet z depresją o posiadaniu zdolności efektywnego zmagania się z problemami (Oleś, 2003). Niski poziom inteligencji emocjonalnej może powodować trudności przystosowawcze kobiet cierpiących na depresję. Niska inteligencja emocjonalna tych pacjentek może wiązać się z negatywną oceną swoich relacji z innymi oraz nie sprzyjać bliskim relacjom z małżonkami. W związku małżeńskim kobiety chorujące na depresję mogą odczuwać mniejszą satysfakcję i być mniej szczęśliwe oraz otrzymywać mniej wsparcia społecznego (Jaworska, Matczak, 2008; Bracket, Mayer, 2003; Lopes, Salovey, Straus, 2003). Stosowanie stylu skoncentrowanego na

emocjach ma na celu obniżenie napięcia emocjonalnego u kobiet wrażliwych na niepokój, jednakże może prowadzić do wzrostu napięcia i wystąpienia objawów depresyjnych u badanych na skutek zwiększonego poczucia stresu lub przygnębienia (Terelak, 2008; Endler, Parker, 1990). Pacjentki o niskim potencjale przystosowawczym, stosujące strategie zorientowane na emocje, mogą werbalizować problemy i przejawiać skłonność do ich ruminacji (Tamres, Janicki, Helgeson, 2002). W niskim stopniu kierują sobą w zakresie kształtowania własnych poglądów, rozwijania swoich umiejętności, a także nie przejawiają niezależności w podejmowaniu decyzji, wyborze działań i celów. Przywiązują natomiast znaczną wagę do bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu i do stabilności w społeczeństwie. Pacjentki te prawdopodobnie unikają irytowania i krzywdzenia innych ludzi oraz potrafią ograniczać własne działania, które mogłyby naruszać społeczne oczekiwania. Preferowanie takich wartości, jak tradycja, konformizm i bezpieczeństwo rośnie wraz z wiekiem osób (Cieciuch, 2013; Schwartz, 2006).

19. Statystyki demograficzne kobiet z depresją o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach.

Wyróżnione na podstawie analizy klasterowej grupy badanych kobiet o określonym profilu psychologicznym i preferowanych wartościach charakteryzują teraz pod względem cech demograficznych w celu wychwycenia różnic lub podobieństw pomiędzy badanymi grupami kobiet. W niniejszej pracy, określając grupę kobiet o określonym profilu, będę posługiwała się nazwami: pacjentki o Profilu I, Profilu II i Profilu III, mając na uwadze ich typy psychologicznego funkcjonowania.

Badane pacjentki o określonych typach profili prezentują zbliżoną do siebie średnią wieku: dla Profilu I średnia wynosi $M = 52,08$, dla Profilu II średnia wieku to $M = 56,12$ i dla Profilu III średnia jest równa $M = 59,30$. Średnia wieku pacjentek o Profilu I jest stosunkowo najniższa, a średnia wieku kobiet o Profilu III jest najwyższa spośród wyróżnionych profili psychologicznych. Wyniki przedstawiono w Tabeli 30.

Tabela 30. Wiek kobiet z depresją o określonym profilu psychologicznym.

PROFILE	N	Wiek (M)	Mediana	Min	Max	SD
Profil I	51	52,08	52,00	33,00	77,00	10,73
Profil II	73	56,12	57,00	33,00	74,00	10,28
Profil III	66	59,30	59,00	30,00	81,00	12,62

Wśród pacjentek o wysokim potencjale przystosowawczym (Profil I) najwięcej osób posiada wykształcenie średnie (60,78%), natomiast 31,37% stanowią kobiety o wykształceniu wyższym. Podobnie, najwięcej pacjentek o umiarkowanym potencjale przystosowawczym (Profil II) posiada wykształcenie średnie (61,64%), a z kolei 28,77% – wykształcenie zawodowe. Wśród kobiet o niskim potencjale przystosowawczym (Profil III) największą liczbę stanowią osoby o wykształceniu zawodowym (66,67%) – co można by łączyć z niskim poziomem posiadanych zasobów osobistych – oraz o wykształceniu średnim (25,76%).

We wszystkich typach profili najmniejszą liczbę stanowią kobiety z wykształceniem podstawowym – 2,74% pacjentek o Profilu II i 7,58% o Profilu III. Wyniki zamieszczono w Tabeli 31.

Tabela 31. Statystyka opisowa zmiennej wykształcenie dla pacjentek o określonym profilu.

	Wykształcenie	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	podstawowe	0	2	5	7
%		0,00%	2,74%	7,58%	
N	zawodowe	4	21	44	69
%		7,84%	28,77%	66,67%	
N	średnie	31	45	17	93
%		60,78%	61,64%	25,76%	
N	wyższe	16	5	0	21
%		31,37%	6,85%	0,00%	
N	Razem	51	73	66	190

W zakresie statusu zawodowego zachodzą różnice pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, co prezentuje Tabela 32.

Tabela 32. Status zawodowy pacjentek o określonym profilu.

	Status zawodowy	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	pracująca	29	22	0	51
%		56,86%	30,14%	0,00%	
N	bezrobotna	7	16	18	41
%		13,73%	21,92%	27,27%	
N	rencistka	5	12	17	34
%		9,80%	16,44%	25,76%	
N	emerytka	10	23	31	64
%		19,61%	31,51%	46,97%	
N	Razem	51	73	66	190

Wśród pacjentek o Profilu I najwięcej kobiet pracuje (56,86%), a 19,61% jest na emeryturze – mogłoby to wskazywać na posiadanie przez te badane stałego dochodu i być może związanego z nim poczucia bezpieczeństwa. Tylko 13,73% kobiet o Profilu I jest bezrobotna. W przypadku kobiet z depresją o Profilu II 30,14% pacjentek pracuje, 31,51% ma emeryturę, natomiast 21,92% jest bezrobotna. Z kolei żadna z pacjentek o Profilu III nie posiada pracy: 46,97% kobiet jest na emeryturze, natomiast 27,27% jest bezrobotna, a 25,76% jest na rencie. Pacjentki nie posiadające stałego źródła dochodu mogą przeżywać poczucie zagrożenia i braku bezpieczeństwa.

20. Sytuacja rodzinna pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach.

Pod względem stanu cywilnego wśród pacjentek o Profilu I przeważającą liczbę stanowią kobiety zamężne (74,51%) , podobnie jak w przypadku Profilu II – 63,01% kobiet. Przypuszczalnie pacjentki te mają możliwość korzystania ze wsparcia ze strony mężów w sytuacji choroby, ale także, posiadając wysoki lub przeciętny poziom zasobów indywidualnych, posiadają zdolność do nawiązywania i utrzymywania bliskich relacji interpersonalnych.

Z kolei wśród pacjentek o Profilu III 31,82% stanowią wdowy, 27,27% kobiety zamężne oraz 24,24% kobiety pozostające w związku nieformalnym. Stan wdowieństwa oraz bycie w związku nieformalnym może wiązać się z mniejszym poczuciem bezpieczeństwa kobiet. Wdowom może doskwierać także poczucie osamotnienia oraz brak możliwości uzyskiwania wsparcia społecznego ze strony męża. Wyniki przedstawia Tabela 33.

Tabela 33. Stan cywilny badanych kobiet o określonych profilach.

	Stan cywilny	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	panna	2	3	2	7
%		3,92%	4,11%	3,03%	
N	mężatka	38	46	18	102
%		74,51%	63,01%	27,27%	
N	rozwiedziona	2	11	16	29
%		3,92%	15,07%	24,24%	
N	wdowa	3	9	21	33
%		5,88%	12,33%	31,82%	
N	w związku nieformalnym	6	4	9	19
%		11,76%	5,48%	13,64%	
N	Razem	51	73	66	190

Niezależnie od typu profilu najwięcej pacjentek posiada dwoje lub jedno dziecko. Wśród pacjentek o Profilu I dwoje dzieci posiada 47,06% kobiet, natomiast jedno dziecko 43,14% osób. Podobnie w przypadku pacjentek o Profilu II – dwoje dzieci (46,58%) oraz jedno (39,73%), a także kobiet o Profilu III – dwoje dzieci (48,48%) i jedno dziecko (30,30%). Wyniki prezentuje Tabela 34.

Tabela 34. Liczba dzieci dla poszczególnych profili kobiet z depresją.

	Liczba dzieci	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	0	2	4	5	11
%		3,92%	5,48%	7,58%	
N	1	22	29	20	71

%		43,14%	39,73%	30,30%	
N	2	24	34	32	90
%		47,06%	46,58%	48,48%	
N	3	3	6	7	16
%		5,88%	8,22%	10,61%	
N	4	0	0	2	2
%		0,00%	0,00%	3,03%	
N	Razem	51	73	66	190

Dzieci kobiet badanych podzielono na dwie grupy - według przyjętego na podstawie literatury kryterium wiekowego. Grupa dzieci w wieku od 22 r.ż została uznana za mogącą stanowić wsparcie dla pacjentek, w przeciwieństwie do dzieci do 21 r.ż, które mogą być dla badanych dodatkowym obciążeniem. Dla 73,47% kobiet o Profilu I dzieci mogą stanowić źródło wsparcia, natomiast dla 26,53% prawdopodobnie nim nie są. Dzieci mogą być także wsparciem dla 85,51% pacjentek o Profilu II oraz 93,44% kobiet o Profilu III. Wyniki zamieszczono w Tabeli 35.

Tabela 35. Dzieci jako wsparcie dla profili badanych kobiet.

	Dzieci jako wsparcie	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	tak	36	59	57	152
%		73,47%	85,51%	93,44%	
N	nie	13	10	4	27
%		26,53%	14,49%	6,56%	
N	Razem	49	69	61	179

21. Charakterystyka kobiet o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach w zakresie posiadanej wiedzy o chorobie, udziału w leczeniu oraz zastosowanego leczenia farmakologicznego.

Kolejna charakterystyka kobiet badanych o określonym profilu i deklarowanych wartościach dotyczy udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze: „**Jaki jest przebieg leczenia wyróżnionych grup pacjentek?**”

W zakresie wiedzy o depresji posiada ją zdecydowana większość pacjentek o Profilu I (96,08%), jak i Profilu II (95,89%). Natomiast wśród kobiet o Profilu III 50,00% osób taką wiedzę posiada, lecz drugie 50,00% nie ma wiedzy na temat depresji. Dysponowanie wiedzą na temat posiadanego schorzenia może zmniejszać poziom lęku, niepewności, a także chronić przed wytworzeniem błędnego obrazu choroby i sprzyjać zaangażowaniu w proces leczenia. Natomiast brak wiedzy o chorobie może wpływać na niestosowanie się do zaleceń czy bierne podejście do leczenia. Wyniki przedstawia Tabela 36.

Tabela 36. Wiedza o chorobie pacjentek o określonym profilu.

	Wiedza o chorobie	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	Tak	49	70	33	152
%		96,08%	95,89%	50,00%	
N	Nie	2	3	33	38
%		3,92%	4,11%	50,00%	
N	Razem	51	73	66	190

Wiedza uzyskiwana przez pacjentki na temat depresji pochodzi z kilku różnych źródeł. Pacjentki o Profilu I jako źródła wiedzy podawały najczęściej internet (30 osób) oraz gazety (27 osób). Źródła czerpanej wiedzy przez pacjentki o Profilu II to również przede wszystkim gazety (39 osób), internet (33 osoby) oraz telewizja (31 osób). Podobnie kobiety o Profilu III wiedzę na temat depresji pozyskiwały najczęściej z gazet (19 osób), ale także od lekarza (16 osób). Niezależnie od profilu wszystkie pacjentki najrzadziej czerpały wiedzę z innych źródeł, jak np. od znajomych. Wyniki zamieszczono w Tabeli 37.

Tabela 37. Źródła wiedzy o chorobie pacjentek o określonym profilu.

Źródła wiedzy chorobie	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
z fachowej literatury	16	10	7	33
z broszur	16	8	7	31
z gazet	27	39	19	85
z telewizji	22	31	14	67
z internetu	30	33	12	75
od lekarza	22	22	16	60
od psychologa	9	12	4	25
od innych pacjentów	9	16	4	29
inne, np. od znajomych	3	4	1	8

Aktywny udział w leczeniu jest udziałem 100% pacjentek o wysokim potencjale przystosowawczym (Profil I) oraz 76,71% kobiet o umiarkowanym potencjale przystosowawczym (Profil II), co może mieć wpływ na większą efektywność zdrowienia tych pacjentek. Jednocześnie wśród badanych o Profilu I nie ma osób o negatywnym nastawieniu do leczenia, natomiast 27,40% pacjentek o Profilu II prezentuje takie nastawienie. Z kolei tylko 27,27% badanych o niskim potencjale przystosowawczym (Profil III) deklarowało aktywny udział w leczeniu, a pozostałe 72,73% nie wykazało zaangażowania w proces leczenia i u 71,21% osób nastawienie było negatywne. Wyniki prezentuje Tabela 38 oraz Tabela 39.

Tabela 38. Statystyka zmiennej aktywny udział w leczeniu pacjentek o określonym profilu.

	Aktywny udział w leczeniu	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	TAK	51	56	18	125
%		100,00%	76,71%	27,27%	
N	NIE	0	17	48	65
%		0,00%	23,29%	72,73%	
N	Razem	51	73	66	190

Tabela 39. Statystyka zmiennej negatywny udział w leczeniu pacjentek o określonym profilu.

	Negatywny udział w leczeniu	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	TAK	0	20	47	67
%		0,00%	27,40%	71,21%	
N	NIE	51	53	19	123
%		100,00%	72,60%	28,79%	
N	Razem	51	73	66	190

Pod względem biernego udziału w leczeniu największą liczbę stanowią pacjentki o Profilu III: 68,18% oraz mniejsza część badanych o Profilu II: 20,55%. Żadna z kobiet o Profilu I nie wykazała biernego nastawienia do leczenia. Wyniki zamieszczono w Tabeli 40.

Tabela 40. Statystyka zmiennej bierny udział w leczeniu pacjentek o określonym profilu.

	Bierny udział w leczeniu	Profil I	Profil II	Profil III	Razem
N	TAK	0	15	45	60
%		0,00%	20,55%	68,18%	
N	NIE	51	58	21	130
%		100,00%	79,45%	31,82%	
N	Razem	51	73	66	190

Wśród pacjentek o Profilu I najczęściej osób (20) leczonych było za pomocą sertraliny – z grupy SSRI oraz mianseryny (16) – grupa NaSSA. Najwięcej badanych o Profilu II stosowało lek z grupy SARI - trazodon (30), mianserynę (19) oraz citalopram (18) – z grupy SSRI. Pacjentki o Profilu III leczone były głównie trazodonem (23 osoby) i sertralina (19 osób). Wyniki prezentuje Tabela 41.

Tabela 41. Schematy leczenia farmakologicznego pacjentek o określonym profilu.

Schematy leczenia	Profil I	Profil II	Profil III
sertralina	20	12	19
fluoksetyna	4	3	1
escitalopram	3	6	1
citalopram	3	18	4
paroksetyna	3	9	7
wenlafaksyna	10	12	13
duloksetyna	0	0	3
klomipramina	3	6	7
amitryptylina	0	7	4
doksepina	0	0	8
opipramol	4	1	8
mianseryna	16	19	8
mirtazapina	0	5	8
trazodon	12	30	23
moklobemid	2	0	3

22. Poziom wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych profili psychologicznych kobiet na początku leczenia.

W tej części pracy zaprezentuję poziom wskaźników zdrowienia dla badanych kobiet o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach na początku leczenia.

Pacjentki z depresją *o wysokim potencjale przystosowawczym* - Profil I

Badanie przeprowadzone na początku leczenia Wielowymiarowym Kwestionariuszem Planów (WKP) wykazało u kobiet o Profilu I średnie wyniki w skalach: planowość ($M = 28,78$), orientacja na cel ($M = 30,73$), szczegółowość ($M = 15,35$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 41,78$), bogactwo treści życia ($M = 35,98$) oraz niskie wyniki w skali unikanie porażek ($M = 15,35$). Wyniki przedstawiono w Tabeli 42. Pacjentki te prezentują przeciętny poziom planowania działań, umiarkowanie się w nie angażując, natomiast nie unikają działań ze względu na obawy przed niepowodzeniem.

Tabela 42. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP na początku leczenia dla Profilu I.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	51	28,78	27,00	22,00	37,00	4,658
Orientacja na cel	51	30,73	32,00	21,00	38,00	4,450
Szczegółowość	51	15,35	14,00	9,00	24,00	3,964
Poszukiwanie wsparcia społecznego	51	41,78	42,00	35,00	51,00	3,916
Bogactwo treści życia	51	35,98	36,00	27,00	46,00	3,917
Unikanie porażek	51	15,35	14,00	10,00	25,00	4,395

Na podstawie badania pacjentek o Profilu I Skalą Dobrostanu Psychicznego (PWB) stwierdzono wysokie wyniki w skalach: panowanie nad środowiskiem ($M = 32,37$), rozwój osobisty ($M = 32,71$), cel życiowy ($M = 37,90$), akceptacja siebie ($M = 36,94$), a także średnie wyniki w skalach: autonomia ($M = 31,24$), pozytywne relacje z innymi ($M = 41,94$). Można wnioskować, że pacjentki te pomimo choroby zachowują wysokie poczucie kontroli nad otoczeniem, akceptują siebie, mają poczucie posiadania w życiu celu i samorozwoju. Relacje kobiet z innymi ludźmi są umiarkowanie pozytywne na początku podjętego leczenia. Poziom zadowolenia z życia tych pacjentek jest natomiast ogólnie wysoki, zatem może stanowić źródło ich poczucia sensu życia. Wyniki umieszczono w Tabeli 43.

Tabela 43. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB na początku leczenia dla Profilu I.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	51	31,24	34,00	17,00	40,00	6,665
Panowanie nad środowiskiem	51	32,37	33,00	27,00	37,00	2,676
Rozwój osobisty	51	32,71	32,00	24,00	43,00	3,733
Pozytywne	51	41,94	42,00	36,00	48,00	3,196

relacje z innymi						
Cel życiowy	51	37,90	38,00	31,00	45,00	3,596
Akceptacja siebie	51	36,94	37,00	31,00	42,00	2,564

Badanie Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny (MSEI) na początku leczenia wykazało zróżnicowane wyniki u pacjentek o Profilu I. Wyniki wysokie dotyczą skal: ogólna samoocena ($M = 36,22$), bycie kochanym ($M = 43,55$), popularność ($M = 42,31$), samoakceptacja moralna ($M = 42,65$), integracja tożsamości ($M = 37,20$), obronne wzmacnianie samooceny ($M = 62,35$). Wyniki średnie pacjentki uzyskały w skalach: kompetencje ($M = 34,41$), zdolności przywódcze ($M = 32,96$), samokontrola ($M = 30,88$), atrakcyjność fizyczna ($M = 30,71$). Z kolei wyniki obniżone pojawiły się w skali witalność ($M = 29,92$), co może być spowodowane depresją. Wyniki przedstawia Tabela 44. Badane kobiety prezentują wysoką samoocenę, poczucie, iż bliskim osobom na nich zależy oraz wysoką integrację tożsamości, pomimo doświadczania choroby. Ich samokontrola i poczucie własnej atrakcyjności są natomiast na poziomie przeciętnym. Ogólne odczucia wobec własnej osoby są jednak u tych pacjentek pozytywne.

Tabela 44. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI na początku leczenia dla Profilu I.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	51	36,22	37,00	29,00	43,00	3,312
Kompetencje	51	34,41	35,00	29,00	39,00	2,247
Bycie kochanym	51	43,55	45,00	36,00	50,00	4,370
Popularność	51	42,31	43,00	36,00	47,00	2,396
Zdolności przywódcze	51	32,96	33,00	26,00	40,00	3,352
Samokontrola	51	30,88	31,00	27,00	35,00	2,233
Samoakceptacja moralna	51	42,65	44,00	35,00	47,00	3,123
Atrakcyjność fizyczna	51	30,71	30,00	25,00	40,00	3,635
Witalność	51	29,92	30,00	22,00	37,00	3,616

Integracja tożsamości	51	37,20	37,00	32,00	45,00	3,137
Obronne wzmacnianie samooceny	51	62,35	62,00	58,00	69,00	2,390

Podsumowując, pacjentki z depresją *o wysokim potencjale przystosowawczym* (Profil I) wykazują na początku leczenia przeciętną planowość działań i średnie zaangażowanie w działanie, co może być wynikiem depresji. Ich poczucie dobrostanu psychicznego, zadowolenia z życia kształtuje się jednak na wysokim poziomie. Odczucia tych pacjentek względem siebie są związane z poczuciem zadowolenia czy nawet pewności siebie.

Pacjentki z depresją *o umiarkowanym potencjale przystosowawczym* - Profil II

Badanie pacjentek z depresją o Profilu II przeprowadzone przy pomocy Wielowymiarowego Kwestionariusza Planów (WKP) ujawniło średnie wyniki we wszystkich skalach: planowość ($M = 27,21$), orientacja na cel ($M = 27,15$), szczegółowość ($M = 15,12$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 38,82$), bogactwo treści życia ($M = 33,21$), unikanie porażek ($M = 22,22$). Wyniki zamieszczono w Tabeli 45. Badane kobiety w przeciętnym stopniu planują własną aktywność i w umiarkowanym stopniu unikają niepowodzeń.

Tabela 45. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP na początku leczenia dla Profilu II.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	73	27,21	26,00	19,00	36,00	5,091
Orientacja na cel	73	27,15	29,00	15,00	34,00	4,777
Szczegółowość	73	15,12	15,00	8,00	25,00	4,631
Poszukiwanie wsparcia społecznego	73	38,82	39,00	30,00	47,00	4,379
Bogactwo treści życia	73	33,21	33,00	23,00	47,00	5,485
Unikanie porażek	73	22,22	23,00	12,00	30,00	4,583

We wszystkich zmiennych Skali Dobrostanu Psychicznego (PWB) pacjentki o Profilu II uzyskały średnie wyniki: autonomia (M = 28,42), panowanie nad środowiskiem (M = 26,10), rozwój osobisty (M = 29,93), pozytywne relacje z innymi (M = 38,97), cel życiowy (M = 33,14) oraz akceptacja siebie (M = 28,74). Poczucie dobrostanu psychicznego, czyli poznawcza i emocjonalna ocena swojego życia jest zatem na poziomie przeciętnym u tych kobiet na początku leczenia. Wyniki przedstawia Tabela 46.

Tabela 46. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB na początku leczenia dla Profilu II.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	73	28,42	29,00	19,00	37,00	4,531
Panowanie nad środowiskiem	73	26,10	26,00	11,00	40,00	7,130
Rozwój osobisty	73	29,93	30,00	24,00	37,00	2,568
Pozytywne relacje z innymi	73	38,97	39,00	26,00	48,00	5,354
Cel życiowy	73	33,14	33,00	22,00	43,00	4,237
Akceptacja siebie	73	28,74	29,00	13,00	44,00	7,977

Pacjentki o Profilu II w badaniu Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny (MSEI) na początku leczenia otrzymały zróżnicowane wyniki. Wyniki średnie w skalach: kompetencje (M = 31,74), bycie kochanym (M = 36,22), popularność (M = 33,71), zdolności przywódcze (M = 28,79), samoakceptacja moralna (M = 37,11), integracja tożsamości (M = 30,45), obronne wzmacnianie samooceny (M = 51,01). Można w związku z tym przypuszczać, że pacjentki te czują się przeciętnie utalentowane i średnio zdolne do opanowania nowych zadań, w przeciętnym stopniu odczuwają, że bliskim osobom zależy na nich, czują się średnio lubiane czy akceptowane przez innych oraz w przeciętnym stopniu potrafią wpływać na zachowania i opinie innych ludzi. Badane kobiety mogą być średnio zadowolone z wyznawanych przez siebie wartości, mogą w przeciętnym stopniu odczuwać wewnętrzną spójność i integrację różnych aspektów osobowości oraz charakteryzują się

umiarkowanie adekwatnym poczuciem własnej wartości. Z kolei wyniki obniżone dotyczą u kobiet o Profilu II skal: ogólna samoocena ($M = 27,99$), atrakcyjność fizyczna ($M = 27,88$), witalność ($M = 26,62$). Wyniki te wskazują na samokrytykę badanych kobiet i obniżone zadowolenie z siebie oraz ze swojego wyglądu, a także na nie najlepszą kondycję fizyczną czy małe zaangażowanie w aktywność fizyczną. Wyniki niskie pacjentki uzyskały w skali samokontrola ($M = 26,21$), co może oznaczać, że mają trudności z samodyscypliną i realizacją rozpoczętych zadań. Wyniki zawiera Tabela 47.

Tabela 47. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI na początku leczenia dla Profilu II.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	73	27,99	26,00	15,00	38,00	6,911
Kompetencje	73	31,74	32,00	23,00	41,00	4,031
Bycie kochanym	73	36,22	39,00	20,00	49,00	9,229
Popularność	73	33,71	31,00	21,00	48,00	7,784
Zdolności przywódcze	73	28,79	29,00	20,00	34,00	2,887
Samokontrola	73	26,21	27,00	17,00	34,00	3,689
Samoakceptacja moralna	73	37,11	38,00	24,00	45,00	4,988
Atrakcyjność fizyczna	73	27,88	28,00	13,00	46,00	7,955
Witalność	73	26,62	29,00	12,00	36,00	6,441
Integracja tożsamości	73	30,45	30,00	22,00	41,00	4,410
Obronne wzmacnianie samooceny	73	51,01	51,00	34,00	66,00	7,806

Podsumowując, pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym (Profil II) na początku leczenia w umiarkowanym stopniu planują swoje działania i w takim samym stopniu unikają niepowodzeń. Poczucie dobrostanu psychicznego tych kobiet jest również na przeciętnym poziomie: zarówno pozytywne relacje z ludźmi, jak i samoakceptacja

czy własny rozwój. Badane kobiety przejawiają obniżoną samoocenę oraz mogą mieć trudności z osiąganiem celów ze względu na swoje niezdyscyplinowanie.

Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym - Profil III

Na podstawie badania Wielowymiarowym Kwestionariuszem Planów (WKP) uzyskano zróżnicowane wyniki wśród pacjentek o Profilu III. Wyniki niskie dotyczą skal: planowość ($M = 20,30$), orientacja na cel ($M = 18,24$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 28,73$), bogactwo treści życia ($M = 23,26$). Wyniki średnie pacjentki uzyskały w skali szczegółowość ($M = 11,21$), natomiast wyniki wysokie w skali unikanie porażek ($M = 26,30$). Wyniki przedstawia Tabela 48. Można zatem wnioskować, że na początku leczenia kobiety z depresją o Profilu III prawdopodobnie nie planują swoich działań i nie angażują się w nie, a także nie poszukują wsparcia innych osób podczas realizacji zadań oraz nie wytyczają sobie celów. Może być to wynikiem unikania przez badane porażek, które występuje na wysokim poziomie.

Tabela 48. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP na początku leczenia dla Profilu III.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	66	20,30	20,00	16,00	27,00	2,184
Orientacja na cel	66	18,24	18,00	12,00	24,00	2,861
Szczegółowość	66	11,21	11,00	8,00	20,00	2,657
Poszukiwanie wsparcia społecznego	66	28,73	29,50	15,00	36,00	4,171
Bogactwo treści życia	66	23,26	23,50	15,00	30,00	3,255
Unikanie porażek	66	26,30	25,50	21,00	33,00	3,337

Badanie Skalą Dobrostanu Psychicznego (PWB) na początku leczenia wykazało u kobiet z depresją o Profilu III niskie wyniki we wszystkich skalach: autonomia ($M = 17,67$), panowanie nad środowiskiem ($M = 11,24$), rozwój osobisty ($M = 18,47$), pozytywne relacje

z innymi ($M = 20,06$), cel życiowy ($M = 19,82$), akceptacja siebie ($M = 12,85$). Wyniki te, zamieszczone w Tabeli 49, wskazują na niski poziom dobrostanu psychicznego badanych kobiet, w tym na niską samoakceptację i poziom pozytywnych relacji z ludźmi.

Tabela 49. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB na początku leczenia dla Profilu III.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	66	17,67	18,00	12,00	25,00	2,747
Panowanie nad środowiskiem	66	11,24	11,00	7,00	17,00	2,590
Rozwój osobisty	66	18,47	19,00	12,00	24,00	3,292
Pozytywne relacje z innymi	66	20,06	20,00	14,00	29,00	3,027
Cel życiowy	66	19,82	17,00	13,00	30,00	4,874
Akceptacja siebie	66	12,85	13,00	7,00	17,00	2,220

Pacjentki o Profilu III w badaniu Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny (MSEI) na początku leczenia otrzymały wyniki niskie w skalach: zdolności przywódcze ($M = 20,68$), atrakcyjność fizyczna ($M = 17,11$), integracja tożsamości ($M = 21,91$), obronne wzmacnianie samooceny ($M = 41,71$) oraz wyniki bardzo niskie w skalach: ogólna samoocena ($M = 14,95$), kompetencje ($M = 19,18$), bycie kochanym ($M = 19,20$), popularność ($M = 21,92$), samokontrola ($M = 18,48$), samoakceptacja moralna ($M = 28,80$), witalność ($M = 15,73$). Niskie są zatem umiejętności pacjentek w zakresie radzenia sobie w roli lidera, wywierania wpływu na innych oraz asertywności. Pacjentki te nie są zadowolone ze swojego wyglądu, czują się fizycznie nieatrakcyjne, odczuwają konflikt pomiędzy różnymi aspektami swojej osobowości i może brakować im poczucia własnej tożsamości. Kobiety te zdają sobie natomiast sprawę z własnych słabości i charakteryzują się realistycznym poczuciem własnej wartości. Pacjentki są bardzo samokrytyczne, niezadowolone z siebie, swojej przeszłości oraz negatywnie ustosunkowane do przyszłości, co mogłoby potwierdzać występowanie triady depresyjnej Becka u tych badanych. Kobiety

o Profilu III czują się niekompetentne, nieefektywne i niezdolne do opanowania nowych zadań. Obawiają się odrzucenia z powodu cech swojego charakteru, nie czują się kochane, mają trudności w wyrażaniu oraz przyjmowaniu miłości. W swoim odczuciu są nie lubiane i mogą mieć znaczne trudności w utrzymywaniu dobrych kontaktów z ludźmi. Często nie kończą rozpoczętych zadań, nie są zdyscyplinowane oraz są niezadowolone z powodu wyznawanych wartości moralnych czy nieetycznego postępowania. Badane prawdopodobnie czują się bardzo niezdrowo, w złej kondycji fizycznej, niezgrabne czy nieskoordynowane ruchowo. Mogą być to odczucia wynikające z depresji. Wyniki prezentuje Tabela 50.

Tabela 50. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI na początku leczenia dla Profilu III.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	66	14,95	15,00	10,00	22,00	3,444
Kompetencje	66	19,18	19,00	14,00	28,00	2,866
Bycie kochanym	66	19,20	22,00	10,00	27,00	6,345
Popularność	66	21,92	21,00	14,00	30,00	3,884
Zdolności przywódcze	66	20,68	19,00	13,00	30,00	4,763
Samokontrola	66	18,48	18,00	15,00	25,00	1,971
Samoakceptacja moralna	66	28,80	30,00	20,00	36,00	4,386
Atrakcyjność fizyczna	66	17,11	17,00	13,00	24,00	2,328
Witalność	66	15,73	15,00	11,00	27,00	3,449
Integracja tożsamości	66	21,91	22,00	16,00	28,00	2,588
Obronne wzmacnianie samooceny	66	41,71	41,00	33,00	50,00	4,526

Podsumowując, badane pacjentki o *niskim potencjale przystosowawczym* - Profil III nie wykazują zaangażowania w działania i nie mają sprecyzowanych długoterminowych planów. W wysokim stopniu unikają natomiast porażek. Prawdopodobnie kobiety te nie odczuwają dobrostanu psychicznego, poziom ich samoakceptacji jest niski, a samoocena

bardzo niska. Pacjentki wątpią w siebie, ale także w miłość i wsparcie ze strony bliskich osób. Nie są także pewne czego oczekują w życiu.

23. Korzystanie przez pacjentki o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach ze wsparcia społecznego dostarczanego przez interakcję z innymi ludźmi.

Przedstawię teraz jak kształtuje się poziom wsparcia społecznego dla poszczególnych typów kobiet o określonym profilu psychologicznym, chorujących na depresję. W zakresie wsparcia społecznego pacjentki o Profilu I uzyskały wyniki przeciętne we wszystkich skalach, poza skalą poszukiwanie wsparcia ($M = 15,90$) – wynik wysoki. Pacjentki te w przeciętnym stopniu spostrzegają dostępne wsparcie ze strony innych ($M = 28,76$) oraz wsparcie aktualnie otrzymywane ($M = 54,51$), wykazują jednocześnie średnie zapotrzebowanie na wsparcie ($M = 12,98$). Jednakże, ponieważ badane w wysokim stopniu poszukują wsparcia poprzez interakcję z innymi ludźmi, może to sprzyjać leczeniu i procesowi ich zdrowienia.

W przypadku kobiet z depresją o Profilu II uzyskane wyniki wskazują na średni poziom wsparcia społecznego we wszystkich skalach BSSS. Zatem zarówno zapotrzebowanie tych pacjentek na wsparcie ($M = 13,04$), jego poszukiwanie ($M = 14,56$), jak i otrzymywanie ($M = 44,30$) czy spostrzeganie jego dostępności ($M = 25,68$) występuje na poziomie przeciętnym. Pozytywny wpływ wsparcia na powrót do zdrowia tych pacjentek jest zatem średnio nasilony. Może jednak nie wpływać na obniżenie skuteczności otrzymywanego przez kobiety wsparcia, jeżeli odpowiada ono potrzebom badanych, poszukujących wsparcia na poziomie przeciętnym.

Pacjentki o Profilu III uzyskały niskie wyniki w zakresie spostrzeganego dostępnego wsparcia ($M = 16,27$), zarówno emocjonalnego ($M = 8,20$), jak i instrumentalnego ($M = 8,08$) oraz w skali poszukiwanie wsparcia ($M = 9,62$), natomiast wyniki przeciętne pod względem zapotrzebowania na wsparcie ($M = 13,12$), wsparcia otrzymywanego ($M = 30,80$) i buforująco-ochronnego ($M = 14,70$). Można przypuszczać, że pacjentki te spostrzegając niewielkie dostępne wsparcie, mogą nie starać się go poszukiwać, zwłaszcza że posiadają średnie zapotrzebowanie na wsparcie. Zbyt niskie nasilenie kontaktów społecznych może stanowić jednak stresor dla pacjentek, sprzyjać osamotnieniu i konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami.

Żaden z wyróżnionych profili kobiet z depresją nie dysponuje wysokim poziomem dostępnego czy otrzymywanego wsparcia, w związku z czym pacjentki nie doświadczają wysoce pozytywnego wpływu wsparcia na podejmowanie zachowań prozdrowotnych i proces odzyskiwania zdrowia. Z drugiej strony wykluczyć można także niekorzystny wpływ nadmiernego wsparcia społecznego jako wzmacniającego bierność, uzależnienie od otoczenia czy blokującego zachowania prozdrowotne pacjentek. Wyniki zamieszczono w Tabeli 51.

Tabela 51. Statystyki opisowe dla zmiennych BSSS w zależności od profilu pacjentek.

BSSS	Parametr	Profil I	Profil II	Profil III
Spostrzegane dostępne wsparcie	M	28,76	25,68	16,27
	SD	2,397	4,393	5,308
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	M	14,20	13,14	8,20
	SD	1,456	2,406	2,769
Spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne	M	14,49	12,52	8,08
	SD	1,475	2,387	2,742
Zapotrzebowanie na wsparcie	M	12,98	13,04	13,12
	SD	1,319	1,947	2,257
Poszukiwanie wsparcia	M	15,90	14,56	9,62
	SD	1,803	2,303	2,103
Aktualnie otrzymywane wsparcie	M	54,51	44,30	30,80
	SD	4,80	12,58	8,99
Wsparcie buforująco-ochronne	M	11,39	12,40	14,70
	SD	3,459	4,232	4,458

24. Różnice w otrzymywanym wsparciu pomiędzy wyróżnionymi typami pacjentek chorujących na depresję.

Autorka przeprowadziła następnie analizę w zakresie różnic w poziomie skal wsparcia społecznego przy zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji. Wykazała ona obecność

istotnych różnic w zależności od profilu. Poza skalą zapotrzebowanie na wsparcie wszystkie zmienne istotnie się różnią, co zaznaczono kolorem czerwonym w Tabeli 52.

Tabela 52. Analiza wariancji dla zmiennej BSSS w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Zmienna BSSS	Suma kwadratów zew. grupowych	df	Średnia kwadratów zew. grupowych	Suma kwadratów wew. grupowych	df	Średnia kwadratów wew. grupowych	F	p
Spostrzegane dostępne wsparcie	5196,8	2,0	2598,4	3508,0	187,0	18,759	138,51	0,001
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	1278,4	2,0	639,2	1021,1	187,0	5,460	117,06	0,001
Spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne	1305,9	2,0	653,0	1007,6	187,0	5,388	121,18	0,001
Zapotrzebowanie na wsparcie	0,6	2,0	0,3	690,9	187,0	3,695	0,08	0,924
Poszukiwanie wsparcia	1353,0	2,0	676,5	832,0	187,0	4,449	152,05	0,001
Aktualnie otrzymywane wsparcie	16618,8	2,0	8309,4	17812,6	187,0	95,254	87,23	0,001
Wsparcie buforująco-ochronne	347,4	2,0	173,7	3179,6	187,0	17,003	10,22	0,001

Kolejno została przeprowadzona szczegółowa analiza testem post-hoc LSD dla wykazania różnic w zakresie wsparcia społecznego w zależności od określonego typu pacjentek depresyjnych. Testy wykazały, że zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu w zakresie skali: spostrzegane dostępne wsparcie, spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne, spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne, poszukiwanie wsparcia oraz aktualnie otrzymywane wsparcie. Nie ma natomiast istotnych różnic pomiędzy profilami pacjentek w zakresie skali zapotrzebowania na wsparcie – żaden z profili nie różni się istotnie pod względem potrzeby doznawania wsparcia. Z kolei

w zakresie skali wsparcie buforująco-ochronne zachodzą istotne różnice pomiędzy Profilem I i Profilem III oraz Profilem II i Profilem III. Kolorem czerwonym w Tabeli 53 zaznaczono istotne różnice.

Tabela 53. Analiza testem post-hoc LSD – różnice we wsparciu społecznym w zależności od profilu.

Zmienna: Spostrzegane dostępne wsparcie			
Profile	Profil I - M=28,765	Profil II - M=25,685	Profil III - M=16,273
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne			
Profile	Profil I - M=14,196	Profil II - 13,137	Profil III - M=8,1970
I		0,014	0,001
II	0,014		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne			
Profile	Profil I - M=14,490	Profil II - M=12,521	Profil III - M=8,0758
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Zapotrzebowanie na wsparcie			
Profile	Profil I - M=12,980	Profil II - M=13,041	Profil III - M=13,121
I		0,863	0,806
II	0,863		0,695
III	0,806	0,695	
Zmienna: Poszukiwanie wsparcia			
Profile	Profil I - M=15,902	Profil II - M=14,562	Profil III - M=9,6212
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Aktualnie otrzymywane wsparcie			
Profile	Profil I - M=54,510	Profil II - M=44,301	Profil III - M=30,803
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001

III	0,001	0,001	
Zmienna: Wsparcie buforująco-ochronne			
Profile	Profil I - M=11,392	Profil II - M=12,397	Profil III - M=14,697
I		0,183	0,001
II	0,183		0,001
III	0,001	0,001	

25. Poziom wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych typów pacjentek depresyjnych po zastosowanym leczeniu.

W tej części pracy przejdę do omówienia poziomu wskaźników odzyskiwania zdrowia u pacjentek o wyróżnionych profilach psychologicznych, badanych kontrolnie po upływie 8 miesięcy. Badanie miało na celu wykazanie zaistniałych zmian w poziomie wskaźników efektywnego zdrowienia w każdym z psychologicznych profili kobiet z depresją. Istotne jest również to, jak pacjentki o określonym profilu funkcjonują po zastosowanym leczeniu i jaki prezentują poziom dobrostanu psychicznego.

Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym - Profil I

Badanie przeprowadzone z zastosowaniem Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) w przypadku kobiet z depresją o Profilu I wykazało, że pacjentki te odznaczają się przeciętnymi kompetencjami społecznymi we wszystkich skalach KKS. Średnia wyniku łącznego kompetencji społecznych w przypadku kobiet o Profilu I wynosi $M = 180,49$, wyniki w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem wyniosły $M = 48,53$, w skali kompetencji, które warunkują efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej $M = 50,24$ oraz w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności $M = 50,53$. Pacjentki o Profilu I prezentują przeciętny poziom kompetencji społecznych, czyli dyspozycji, która warunkuje efektywność funkcjonowania w sytuacjach społecznych. Wyniki mogą wskazywać na przeciętną równowagę pomiędzy realizacją własnych potrzeb kobiet z depresją a oczekiwaniami społecznymi. Kompetencje pacjentek

wiążą się także ze średnią umiejętnością realizowania własnych celów w sposób akceptowany społecznie, czyli w zgodzie z wymaganiami społecznymi. Wszystkie wyniki wskazują zatem na średnie umiejętności funkcjonowania pacjentek o Profilu I w sytuacjach społecznych. Wyniki zamieszczono w Tabeli 54.

Tabela 54. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza KKS dla pacjentek o Profilu I.

KKS	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólne kompetencje społeczne	51	180,49	181,00	167,00	192,00	6,9495
Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	51	48,53	48,00	33,00	58,00	4,8347
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej	51	50,24	50,00	44,00	56,00	2,9906
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	51	50,53	51,00	45,00	57,00	2,6560

Badanie kontrolne Wielowymiarowym Kwestionariuszem Planów (WKP) ujawniło wyniki wysokie w skalach: planowość ($M = 30,80$), orientacja na cel ($M = 33,82$), bogactwo treści życia ($M = 40,78$). Wyniki te były na poziomie średnim podczas badania pacjentek na początku leczenia. Nastąpił zatem wzrost poziomu planowania działań oraz wyznaczania sobie celów przez kobiety z depresją o Profilu I. Nie uległ natomiast znaczącej zmianie poziom wyników w skalach: szczegółowość ($M = 17,12$) i poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 41,57$), które są po zastosowanym leczeniu nadal przeciętne, a także w skali unikanie porażek ($M = 13,88$) – wyniki niskie. Pacjentki te zarówno przed, jak i po zastosowanym leczeniu, nie unikają działań w obawie przed niepowodzeniem, co ma znaczenie pozytywne dla ich powrotu do zdrowia. Wyniki zamieszczono w Tabeli 55.

Tabela 55. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP po zastosowaniu leczenia dla Profilu I.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	51	30,80	29,00	23,00	40,00	4,837
Orientacja na cel	51	33,82	36,00	23,00	41,00	4,811
Szczegółowość	51	17,12	15,00	11,00	27,00	4,550
Poszukiwanie wsparcia społecznego	51	41,57	42,00	35,00	49,00	3,657
Bogactwo treści życia	51	40,78	40,00	35,00	52,00	3,946
Unikanie porażek	51	13,88	12,00	8,00	22,00	4,136

Badanie Skalą Dobrostanu Psychicznego (PWB) po przeprowadzonym leczeniu wykazało wysokie wyniki we wszystkich skalach. W porównaniu do badania na początku leczenia, wzrósł poziom wyników kobiet w skali autonomii ($M = 32,90$) oraz pozytywne relacje z innymi ($M = 44,55$), które wcześniej były na poziomie średnim. Może to oznaczać, że kobiety z depresją o Profilu I wykazują się po przeprowadzonym leczeniu dużą samodzielnością i niezależnością w decydowaniu o sobie, jednocześnie dbając o dobre relacje interpersonalne, co jest dla nich bardzo istotne. Pacjentki o Profilu I prezentują wysoki poziom zadowolenia ze swojego życia we wszystkich aspektach dobrostanu psychicznego. Wyniki prezentuje Tabela 56.

Tabela 56. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB po zastosowaniu leczenia dla Profilu I.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	51	32,90	36,00	18,00	41,00	6,567
Panowanie nad środowiskiem	51	36,69	37,00	28,00	43,00	3,432
Rozwój osobisty	51	36,94	36,00	30,00	46,00	4,425
Pozytywne	51	44,55	45,00	36,00	49,00	2,802

relacje z innymi						
Cel życiowy	51	41,06	42,00	32,00	47,00	3,472
Akceptacja siebie	51	39,47	40,00	33,00	45,00	3,035

Badanie przy zastosowaniu Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI) po przeprowadzonym leczeniu wykazało u pacjentek o Profilu I wyniki wysokie w przeważającej liczbie skal: ogólna samoocena ($M = 39,37$), bycie kochanym ($M = 45,86$), popularność ($M = 43,06$), samoakceptacja moralna ($M = 43,29$), integracja tożsamości ($M = 39,12$), obronne wzmacnianie samooceny ($M = 63,31$). Pacjentki prezentują zatem wysokie zadowolenie z siebie, pewność siebie i pozytywnie myślą o swojej przyszłości. Czują, że doświadczają dużego wsparcia społecznego i potrafią z niego korzystać, czują się kochane i akceptowane, pozostają w dobrych relacjach z innymi. Badane kobiety są zadowolone z wyznawanych wartości, postępują zgodnie ze swoimi zasadami moralnymi, mają jasno określoną tożsamość i wiedzą czego oczekują w życiu. Charakteryzuje je jednak obronnie zawyżone poczucie własnej wartości oraz silna potrzeba potwierdzenia swojej wartości, gdyż ich samoocena jest niestabilna i podatna na obniżenie. W skalach kompetencji ($M = 36,12$) oraz zdolności przywódcze ($M = 34,43$) pacjentki uzyskały wyniki podwyższone, natomiast wyniki średnie otrzymały w skalach: samokontrola ($M = 33,98$), atrakcyjność fizyczna ($M = 33,49$), witalność ($M = 33,57$). Nastąpił wzrost wyników w skali kompetencji, zdolności przywódcze oraz witalność w porównaniu do badania przeprowadzonego na początku leczenia. Badane kobiety czują się efektywne i zdolne do opanowania nowych zadań, wierzą w swoje zdolności i uważają, że wiele osób ocenia je jako kompetentne. Są przekonane, że ich poglądy wywierają duży wpływ na otoczenie, lubią przewodzić innym i uważają, że wzbudzają szacunek. Pacjentki są w umiarkowanym stopniu przekonane, że potrafią panować nad emocjami w trudnych sytuacjach i są średnio wytrwałe w działaniu. Są w przeciętnym stopniu zadowolone ze swojego wyglądu, czują się umiarkowanie zdrowe, w średniej kondycji fizycznej oraz posiadają przeciętny zasób sił witalnych. Wyniki zawiera Tabela 57.

Tabela 57. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI po zastosowaniu leczenia dla Profilu I.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	51	39,37	40,00	32,00	46,00	3,498
Kompetencje	51	36,12	36,00	30,00	42,00	2,805
Bycie kochanym	51	45,86	47,00	38,00	50,00	3,672
Popularność	51	43,06	44,00	36,00	48,00	2,671
Zdolności przywódcze	51	34,43	34,00	27,00	42,00	3,431
Samokontrola	51	33,98	34,00	30,00	39,00	2,379
Samoakceptacja moralna	51	43,29	44,00	36,00	48,00	3,061
Atrakcyjność fizyczna	51	33,49	33,00	26,00	44,00	4,411
Witalność	51	33,57	34,00	23,00	40,00	3,743
Integracja tożsamości	51	39,12	39,00	34,00	47,00	3,090
Obronne wzmacnianie samooceny	51	63,31	63,00	54,00	70,00	3,191

Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym - Profil II

Badanie Kwestionariuszem Kompetencji Społecznych (KKS) ujawniło u pacjentek o Profilu II niskie oraz przeciętne wyniki. Pacjentki uzyskały niski wynik łączny kompetencji społecznych ($M = 146,42$). W skali kompetencji, które warunkują efektywność zachowań w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego wyniki badanych są przeciętne ($M = 39,85$). W pozostałych skalach wyniki pacjentek są niskie: w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej ($M = 39,53$) oraz w skali kompetencji, które warunkują efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności ($M = 39,71$). Kobiety z depresją o Profilu II przejawiają niski poziom umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Posiadają natomiast przeciętne kompetencje w sytuacjach bliskich kontaktów interpersonalnych, dotyczących na przykład zwierzenia się z problemów, co może zapewniać pacjentkom możliwość uzyskiwania

wsparcia. Pacjentki wykazują z kolei niskie kompetencje dotyczące sytuacji związanych z byciem w centrum uwagi innych osób oraz niskie kompetencje w zakresie wywierania wpływu na innych ludzi, co może utrudniać badanym radzenie sobie w sytuacjach społecznych. Wyniki przedstawia Tabela 58.

Tabela 58. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza KKS dla pacjentek o Profilu II.

KKS	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólne kompetencje społeczne	73	146,42	144,00	104,00	183,00	23,827
Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	73	39,85	39,00	30,00	50,00	5,614
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej	73	39,53	36,00	21,00	55,00	10,609
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	73	39,71	40,00	28,00	52,00	6,213

W badaniu kontrolnym Wielowymiarowym Kwestionariuszem Planów (WKP) kobiety z depresją o Profilu II, podobnie jak na początku leczenia, uzyskały wyniki średnie w skalach: planowość ($M = 28,60$), orientacja na cel ($M = 30,23$), szczegółowość ($M = 16,79$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 37,89$), unikanie porażek ($M = 20,75$). Pacjentki uzyskały natomiast wyniki wysokie w skali bogactwo treści życia ($M = 37,49$), które wcześniej były na poziomie średnim. Można wnioskować, że kobiety te prezentują podobną liczbę planów i celów po zastosowanym leczeniu i nadal w stopniu przeciętnym planują swoje działania czy wyznaczają cele do realizacji. Wyniki umieszczono w Tabeli 59.

Tabela 59. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP po zastosowaniu leczenia dla Profilu II.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	73	28,60	29,00	18,00	37,00	4,867
Orientacja na cel	73	30,23	31,00	15,00	38,00	5,579
Szczegółowość	73	16,79	17,00	8,00	26,00	5,307
Poszukiwanie wsparcia społecznego	73	37,89	38,00	31,00	49,00	4,517
Bogactwo treści życia	73	37,49	37,00	29,00	50,00	5,388
Unikanie porażek	73	20,75	22,00	11,00	28,00	4,772

Wyniki pacjentek o Profilu II w Skali Dobrostanu Psychicznego (PWB) po zastosowaniu leczenia uległy istotnym zmianom w zakresie dwóch zmiennych: rozwój osobisty ($M = 32,79$) i cel życiowy ($M = 37,23$) – wyniki te są wysokie. Wskazują na wzbogacanie przez pacjentki swojego potencjału oraz większą zdolność do realizacji życiowych zadań i osiągnięcia sensu życia. W pozostałych skalach wyniki utrzymały się na poziomie średnim: autonomia ($M = 30,32$), panowanie nad środowiskiem ($M = 30,41$), pozytywne relacje z innymi ($M = 41,08$), akceptacja siebie ($M = 32,26$). Wskazuje to na umiarkowaną umiejętność radzenia sobie badanych kobiet z otoczeniem, przeciętne relacje z innymi, jak również średnią akceptację siebie, swoich zalet i słabości. Pacjentki te w umiarkowanym stopniu przeciwstawiają się presji społecznej czy kierują własnymi przekonaniem. Wyniki zamieszczono w Tabeli 60.

Tabela 60. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB po zastosowaniu leczenia dla Profilu II.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	73	30,32	31,00	20,00	39,00	4,699
Panowanie nad środowiskiem	73	30,41	30,00	19,00	44,00	5,965
Rozwój	73	32,79	33,00	26,00	41,00	2,930

osobisty						
Pozytywne relacje z innymi	73	41,08	42,00	29,00	49,00	5,163
Cel życiowy	73	37,23	38,00	24,00	49,00	5,368
Akceptacja siebie	73	32,26	32,00	23,00	45,00	6,149

W badaniu kontrolnym pacjentek o Profilu II przy zastosowaniu Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI) nastąpił wzrost wyników w skalach: ogólna samoocena ($M = 31,63$), atrakcyjność fizyczna ($M = 30,63$) i witalność ($M = 30,88$) – wyniki średnie oraz samokontrola ($M = 29,42$) – wynik obniżony. Wyniki są zatem wyższe niż na początku leczenia i wskazują na aktualnie umiarkowane zadowolenie pacjentek z siebie, umiarkowane oczekiwanie przyszłych sukcesów, średnie zadowolenie ze swojego wyglądu oraz przeciętną aktywność czy zasób sił witalnych. Utrzymuje się natomiast problem ze zdyscyplinowaniem oraz trudności badanych kobiet z określaniem celów i panowaniem nad swoimi emocjami. Wyniki w pozostałych skalach pozostały na poziomie średnim, tak jak na początku leczenia: kompetencje ($M = 32,89$), bycie kochanym ($M = 38,66$), popularność ($35,29$), zdolności przywódcze ($M = 30,22$), samoakceptacja moralna ($M = 38,37$), integracja tożsamości ($M = 33,01$), obronne wzmacnianie samooceny ($M = 53,11$). Badane uważają, że w przeciętnym stopniu są inteligentne i kompetentne, uważają że doświadczają umiarkowanego wsparcia społecznego i przeciętnie potrafią z niego korzystać oraz sądzą, że inni ludzie umiarkowanie je lubią. Pacjentki te są przekonane o wywieraniu przeciętnego wpływu ich opinii na innych i są średnio pewne tego, czego oczekują w życiu. Wyniki prezentuje Tabela 61.

Tabela 61. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI po zastosowaniu leczenia dla Profilu II.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	73	31,63	31,00	22,00	43,00	6,190
Kompetencje	73	32,89	33,00	23,00	42,00	4,277
Bycie kochanym	73	38,66	40,00	22,00	50,00	9,008
Popularność	73	35,29	34,00	21,00	49,00	7,732

Zdolności przywódcze	73	30,22	30,00	22,00	38,00	3,417
Samokontrola	73	29,42	29,00	21,00	37,00	3,312
Samoakceptacja moralna	73	38,37	38,00	29,00	46,00	3,949
Atrakcyjność fizyczna	73	30,63	31,00	18,00	48,00	7,256
Witalność	73	30,88	33,00	17,00	39,00	5,916
Integracja tożsamości	73	33,01	34,00	23,00	41,00	4,638
Obronne wzmacnianie samooceny	73	53,11	53,00	35,00	69,00	8,161

Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym - Profil III

Badanie za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) wykazało u pacjentek o Profilu III niskie wyniki każdej ze skal: wynik łączny kompetencji społecznych ($M = 104,33$), kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego ($M = 28,52$), kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej ($M = 27,11$) oraz kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności ($M = 27,73$). Wyniki badania wskazują na niską efektywność funkcjonowania kobiet z depresją o Profilu III w sytuacjach życiowych o charakterze społecznym. Badane wykazują małe kompetencje w sytuacjach związanych z doświadczaniem bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem, ale także w sytuacjach związanych z byciem obiektem potencjalnej oceny wielu osób. Ponadto pacjentki ujawniają niskie umiejętności w zakresie przeciwstawiania się wpływowi innych ludzi, a także realizowania własnych potrzeb albo celów poprzez wywieranie wpływu na inne osoby, co może znacznie utrudniać i ograniczać funkcjonowanie tych kobiet w sytuacjach społecznych. Wyniki prezentuje Tabela 62.

Tabela 62. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza KKS dla pacjentek o Profilu III.

KKS	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólne kompetencje społeczne	66	104,33	98,500	86,000	133,00	14,819

Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	66	28,52	27,000	21,000	41,00	4,578
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej	66	27,11	28,000	16,000	38,00	5,923
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	66	27,73	27,500	21,000	38,00	4,212

Badanie kontrolne pacjentek o Profilu III za pomocą Wielowymiarowego Kwestionariusza Planów (WKP) wykazało taki sam poziom wyników jak na początku leczenia we wszystkich skalach poza zmienną unikanie porażek – wyniki zmniejszyły się do przeciętnych ($M = 25,42$). Pacjentki w mniejszym stopniu unikają zatem trudnych zadań i mniej obawiają się porażek. Wyniki średnie kobiety badane uzyskały ponownie w skali szczegółowość ($M = 21,65$), natomiast niskie w skalach: planowość ($M = 21,65$), orientacja na cel ($M = 19,95$), poszukiwanie wsparcia społecznego ($M = 29,42$) i bogactwo treści życia ($M = 24,88$), co może wskazywać na to, że cele pacjentek nadal nie są sprecyzowane, nie planują one swoich działań i realizują niewiele celów, natomiast przystępując do działania nie rozważają wszystkich okoliczności czy wariantów sytuacji. Wyniki prezentuje Tabela 63.

Tabela 63. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza WKP po zastosowaniu leczenia dla Profilu III.

WKP	N	M	Me	Min	Max	SD
Planowość	66	21,65	22,00	15,00	28,00	2,680
Orientacja na cel	66	19,95	20,00	13,00	28,00	3,135
Szczegółowość	66	11,55	11,00	7,00	22,00	3,079
Poszukiwanie wsparcia społecznego	66	29,42	31,00	16,00	36,00	4,749
Bogactwo treści życia	66	24,88	25,00	16,00	32,00	3,711

Unikanie porażek	66	25,42	25,00	19,00	33,00	3,464
---------------------	----	-------	-------	-------	-------	-------

Na podstawie badania kobiet z depresją o Profilu III Skalą Dobrostanu Psychicznego (PWB) po zastosowaniu leczenia uzyskano ponownie niskie wyniki w większości skal: autonomia (M = 18,53), rozwój osobisty (M = 19,45), pozytywne relacje z innymi (M = 21,50), cel życiowy (M = 21,55) oraz akceptacja siebie (M = 14,70). Dobrostan psychiczny badanych kobiet utrzymuje się nadal na niskim poziomie, podobnie jak ich samoakceptacja czy satysfakcja z relacji z innymi ludźmi. Jednocześnie kobiety te nadmiernie dostosowują się do społeczeństwa i wykazują zależność od opinii innych ludzi, z którymi się również porównują. Badane nie odczuwają satysfakcji z siebie i prawdopodobnie są rozczarowane swoim dotychczasowym życiem. Mogą przeżywać stagnację i brak poczucia osobistego rozwoju, wynikający z braku zainteresowania własnym życiem. Niskie wyniki wskazują na brak wyraźnych celów i sensu życia oraz na pesymistyczne postrzeganie przez pacjentki przyszłości. W skali panowanie nad środowiskiem wyniki uległy natomiast zmianie z niskich na średnie (M = 13,27), co może oznaczać pewien wzrost umiejętności radzenia sobie pacjentek z otaczającym światem. Wyniki zamieszczono w Tabeli 64.

Tabela 64. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza PWB po zastosowaniu leczenia dla Profilu III.

PWB	N	M	Me	Min	Max	SD
Autonomia	66	18,53	19,00	13,00	24,00	2,791
Panowanie nad środowiskiem	66	13,27	12,50	8,00	20,00	2,906
Rozwój osobisty	66	19,45	20,00	12,00	25,00	3,438
Pozytywne relacje z innymi	66	21,50	21,00	14,00	28,00	2,808
Cel życiowy	66	21,55	20,00	15,00	31,00	4,386
Akceptacja siebie	66	14,70	14,50	8,00	22,00	2,877

W badaniu kontrolnym Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny (MSEI) po zastosowaniu leczenia u pacjentek o Profilu III stwierdza się nieznaczny wzrost wyników z bardzo niskich na niskie w skalach: samokontrola ($M = 20,61$), samoakceptacja moralna ($M = 30,00$) oraz witalność ($M = 18,18$). Kobiety te dostrzegają u siebie problem z samodyscypliną, mogą mieć trudności z określaniem celów i doprowadzaniem rozpoczętych zadań do końca oraz z kontrolowaniem swoich emocji. Nie są zadowolone ze swoich wartości moralnych oraz z nieetycznych zachowań i mogą odczuwać z tego powodu poczucie winy. Oceniają, że są w gorszej kondycji fizycznej niż inni ludzie w tym samym wieku, mogą czuć się niezdarne, ich ciało jest pozbawione życia, w związku z czym nie lubią angażować się w aktywność fizyczną. Wyniki w pozostałych skalach utrzymały się, pomimo zastosowanego leczenia, na poziomie niskim: zdolności przywódcze ($M = 21,53$), atrakcyjność fizyczna ($M = 18,47$), integracja tożsamości ($M = 23,58$), obronne wzmacnianie samooceny ($M = 43,94$) oraz na poziomie bardzo niskim: ogólna samoocena ($M = 17,06$), kompetencje ($M = 20,23$), bycie kochanym ($M = 20,67$), popularność ($M = 22,79$). Pacjentki poddają się wpływom innych osób, nie są asertywne i brakuje im poczucia własnej tożsamości. Nie mają sprecyzowanych długoterminowych planów, uważają że brakuje im umiejętności i talentu do opanowania nowych zadań oraz są nieefektywne. Badane są bardzo samokrytyczne, niezadowolone z siebie, fizycznie również nie czują się atrakcyjne, a także nie czują się lubiane ani kochane. Charakteryzują się adekwatnym, realistycznym poczuciem własnej wartości, które jest jednak bardzo niskie. W przyszłości również oczekują porażek, co silnie wiąże się z depresją oraz triadą Becka. Wyniki zamieszczono w Tabeli 65.

Tabela 65. Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza MSEI po zastosowaniu leczenia dla Profilu III.

MSEI	N	M	Me	Min	Max	SD
Ogólna samoocena	66	17,06	16,50	11,00	25,00	4,117
Kompetencje	66	20,23	20,00	14,00	28,00	3,012
Bycie kochanym	66	20,67	24,00	10,00	30,00	6,571
Popularność	66	22,79	22,00	15,00	33,00	4,370
Zdolności przywódcze	66	21,53	20,00	14,00	31,00	4,900
Samokontrola	66	20,61	20,00	16,00	29,00	2,844
Samoakceptacja	66	30,00	31,00	22,00	36,00	3,713

moralna						
Atrakcyjność fizyczna	66	18,47	18,00	14,00	26,00	2,519
Witalność	66	18,18	18,00	13,00	29,00	3,508
Integracja tożsamości	66	23,58	23,00	17,00	36,00	3,569
Obronne wzmacnianie samooceny	66	43,94	43,00	35,00	53,00	4,328

26. Czynniki efektywnego zdrowienia w wyodrębnionych grupach kobiet chorujących na depresję o określonym profilu psychicznym.

W aktualnej części pracy postawiono sobie za cel udzielenie odpowiedzi na kolejne pytanie badawcze: *Które zmienne uwzględnione w modelu badawczym stanowią czynniki efektywnego zdrowienia w grupach wyodrębnionych typów pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach?* dokonano porównania profili pacjentek pod względem poziomu średnich (M) wskaźników zdrowienia. W modelu badawczym jako czynniki efektywnego zdrowienia przyjęto: kompetencje społeczne, dążenia osobiste i plany, samoakceptację oraz dobrostan psychiczny. Ich wysoki poziom po zastosowanym leczeniu miałby stanowić o efektywnym powrocie do zdrowia pacjentek w trzech sferach, tworzących ich dobrostan psychiczny: odzyskiwanie wewnętrznego Ja, odzyskiwanie osobistych ról społecznych, sposoby nawiązywania relacji oraz wpływu na otoczenie. Dane przedstawia Tabela 66.

Tabela 66. Porównanie profili (średnia M) pod względem poziomu wskaźników odzyskiwania zdrowia po zastosowanym leczeniu.

	WSKAŹNIKI ODZYSKIWANIA ZDROWIA	PROFIL I	PROFIL II	PROFIL III
KKS	Ogólne kompetencje społeczne	180,49	146,42	104,33
	Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	48,53	39,85	28,52
	Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej	50,24	39,53	27,11

	Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	50,53	39,71	27,73
WKP	Planowość	30,80	28,60	21,65
	Orientacja na cel	33,82	30,23	19,95
	Szczegółowość	17,12	16,79	11,55
	Poszukiwanie wsparcia społecznego	41,57	37,89	29,42
	Bogactwo treści życia	40,78	37,49	24,88
	Unikanie porażek	13,88	20,75	25,42
PWB	Autonomia	32,90	30,32	18,53
	Panowanie nad środowiskiem	36,69	30,41	13,27
	Rozwój osobisty	36,94	32,79	19,45
	Pozytywne relacje z innymi	44,55	41,08	21,50
	Cel życiowy	41,06	37,23	21,55
	Akceptacja siebie	39,47	32,26	14,70
MSEI	Ogólna samoocena	39,37	31,63	17,06
	Kompetencje	36,12	32,89	20,23
	Bycie kochanym	45,86	38,66	20,67
	Popularność	43,06	35,29	22,79
	Zdolności przywódcze	34,43	30,22	21,53
	Samokontrola	33,98	29,42	20,61
	Samoakceptacja moralna	43,29	38,37	30,00
	Atrakcyjność fizyczna	33,49	30,63	18,47
	Witalność	33,57	30,88	18,18
	Integracja tożsamości	39,12	33,01	23,58
	Obronne wzmacnianie samooceny	63,31	53,11	43,94

Spośród trzech wyróżnionych profili psychologicznych kobiet najwyższym poziomem wskaźników zdrowienia odznaczają się *pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym* – Profil I. Są to kobiety o **wysokim poczuciu własnej skuteczności, wysokiej inteligencji emocjonalnej, radzące sobie w sposób zadaniowy, otwarte na zmiany i poszukujące kontaktów towarzyskich**. Kompetencje społeczne tych pacjentek są na poziomie średnim, jednakże w porównaniu z pacjentkami o Profilu II i III (które uzyskały wyniki niskie) są one najwyższe. Kompetencje społeczne mogą pozwalać pacjentkom

o Profilu I pozyskiwać wsparcie, a także korzystać ze wsparcia oferowanego przez otoczenie, nawiązywać poprawne relacje z innymi ludźmi oraz radzić sobie w sytuacjach wymagających asertywności. Dążenia osobiste i plany kobiet o Profilu I są w przeważającej liczbie skal wysokie, również w przeciwieństwie do pozostałych profili badanych (wyniki średnie oraz niskie). Badane planują swoje działania, lecz czynią to w umiarkowany szczegółowy sposób, stawiają sobie cele do realizacji, co tworzy różnorodność treści ich życia, nadaje życiu sens oraz pozwala uzyskać psychiczny dobrostan. Kobiety te w niskim stopniu unikają porażek, co także może być oznaką ich powrotu do zdrowia, pokonywania depresji oraz przejawem wiary w siebie i w swoje możliwości. We wszystkich skalach dobrostanu psychicznego pacjentki o Profilu I uzyskały wysokie wyniki (przeciwstawnie do niskich wyników pacjentek o Profilu III), co wskazuje na ich wysoki poziom zadowolenia z życia, wysoką samoakceptację, posiadanie celów w życiu i pozytywnych relacji z ludźmi. Wysoki dobrostan pacjentek jest całkowitym przeciwieństwem niskiego poziomu jakości życia związanego z depresją. Ogólna samoocena kobiet o Profilu I jest również wysoka, podczas gdy kobiety o Profilu II uzyskały wyniki średnie, natomiast o Profilu III - wyniki niskie i bardzo niskie. *Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym* czują się zadowolone z siebie, z wyznawanych przez siebie wartości, czują się kochane i mają jasno określoną tożsamość wraz z poczuciem wewnętrznej spójności. Można zatem wnioskować, że efektywność zdrowienia w ich przypadku jest największa, prawdopodobnie za sprawą najwyższego potencjału przystosowawczego, wspierającego ich zdrowienie od początku leczenia.

Poziom wskaźników zdrowienia u *pacjentek z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym* – Profil II – jest przeciętny w przeważającej liczbie skal. Kobiety te są przeciętnie inteligentne emocjonalnie, o umiarkowanej skuteczności i średniej otwartości na zmiany oraz o unikowym stylu radzenia sobie. Ogólne kompetencje społeczne tych pacjentek są niskie, ich efektywność funkcjonowania w sytuacjach społecznych jest niska, natomiast w umiarkowanym stopniu radzą sobie w bliskich kontaktach interpersonalnych. Dążenia osobiste oraz plany pacjentek są na średnim poziomie, natomiast ich ocena bogactwa treści swojego życia kształtuje się na poziomie wysokim. Samoakceptacja i zadowolenie z życia jest u tych kobiet przeciętne, pomimo że posiadają w swoim życiu cel. Podobnie kształtuje się ich ogólna samoocena, poczucie akceptacji ze strony bliskich oraz innych ludzi, a także integracja różnych aspektów osobowości są na poziomie przeciętnym. W przypadku pacjentek o Profilu II obniżona jest jedynie wytrwałość w osiąganiu celów oraz panowanie nad swoimi

emocjami. Można wnioskować, że umiarkowany potencjał przystosowawczy tych pacjentek na początku leczenia prawdopodobnie wpłynął na średnią efektywność ich zdrowienia.

Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym – Profil III – odznaczają się z kolei najniższym poziomem wskaźników zdrowienia ze wszystkich wyróżnionych profili psychologicznych kobiet. Pacjentki te charakteryzują się niskim poczuciem własnej skuteczności, niską inteligencją emocjonalną, są wysoce zachowawcze, w niskim stopniu otwarte na zmiany i radzące sobie poprzez koncentrację na emocjach. Wszystkie kompetencje społeczne tych pacjentek są na poziomie niskim, co oznacza, iż badane o Profilu III odznaczają się niską efektywnością funkcjonowania w sytuacjach społecznych, co może być znacznym utrudnieniem dla korzystania przez nie ze wsparcia. Osobiste dążenia i plany pacjentek, jak również poszukiwanie społecznego wsparcia są na poziomie niskim. Realizacja celów czy planów nadaje życiu sens, a także pozwala na rozwijanie swoich możliwości, natomiast w przypadku pacjentek o Profilu III niska planowość działań może uniemożliwiać kobietom aktywne kierowanie własnym życiem, a tym samym potwierdzać doświadczanie przez nie stanów depresyjnych. Niskie poczucie sprawstwa utrudnia skuteczną realizację celów, sprzyjając utrzymywaniu się u badanych depresji. Podobnie, na niskim poziomie kształtuje się dobrostan psychiczny kobiet, ich zadowolenie ze swojego życia i relacji z innymi ludźmi. Samoakceptacja jako kluczowy aspekt dobrostanu jest również na niskim poziomie u pacjentek o Profilu III, natomiast ich ogólna samoocena jest bardzo niska, podobnie jak poczucie kompetencji, bycia lubianym czy kochanym przez innych. Badane kobiety, pomimo zastosowanego leczenia czują się pozbawione życia, odczuwają konflikt pomiędzy różnymi aspektami swojej osobowości, nie są zadowolone z samych siebie oraz ze swojego systemu wartości. Wszystko to może wskazywać na niską efektywność ich zdrowienia i utrzymywanie się depresji.

Podsumowując, można stwierdzić, że typ profilu psychologicznego pacjentek chorujących na depresję odpowiada poziomowi wskaźników zdrowienia w przypadku przeważającej liczby skal. Wyniki pacjentek o Profilu I są w większości skal wysokie, pacjentek o Profilu II – w większości przeciętne, natomiast PacjenteK o Profilu III – niskie, podobnie jak poziom ich przystosowawczego potencjału na początku leczenia.

27. Różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla każdego profilu na początku leczenia i po jego zastosowaniu.

W tej części pracy zamierzam udzielić odpowiedzi na pytanie badawcze: *Jakie zachodzą różnice w poziomie wskaźników zdrowienia dla każdego profilu na początku leczenia i po jego zastosowaniu?* W celu zbadania czy zachodzą statystycznie istotne różnice (w tabelach zaznaczone kolorem czerwonym) pomiędzy poziomem wskaźników zdrowienia dla określonego typu kobiet z depresją, przeprowadzono Test t Studenta.

W przypadku pacjentek o Profilu I nie ma istotnej różnicy pomiędzy pierwszym badaniem na początku leczenia a kontrolnym po jego przeprowadzeniu jedynie w przypadku jednej ze skal WKP - poszukiwanie wsparcia społecznego ($p = 0,247$). Pomędzy wartościami wszystkich pozostałych skal WKP, wszystkich skal PWB i MSEI zachodzą statystycznie istotne różnice. Po zastosowanym leczeniu, czyli po 8 miesiącach nastąpił wzrost poziomów zmiennych. Wyniki zamieszczono w Tabeli 67, 68 oraz Tabeli 69.

Tabela 67. Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal WKP przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

WKP	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Planowość 1	28,78	4,657					
Planowość 2	30,80	4,837	51	-2,01	-7,05	50	0,001
Orientacja na cel 1	30,73	4,450					
Orientacja na cel 2	33,82	4,811	51	-3,1	-13,1	50	0,001
Szczegółowość 1	15,35	3,964					
Szczegółowość 2	17,12	4,550	51	-1,8	-8,7	50	0,001
Poszukiwanie wsparcia społecznego 1	41,78	3,916					
Poszukiwanie wsparcia społecznego 2	41,57	3,657	51	0,2	1,2	50	0,247
Bogactwo treści życia 1	35,98	3,917					
Bogactwo treści życia 2	40,78	3,946	51	-4,8	-13,2	50	0,001
Unikanie porażek 1	15,35	4,395					
Unikanie porażek 2	13,88	4,136	51	1,5	8,6	50	0,001

Tabela 68. Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal PWB przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

PWB	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Autonomia 1	31,24	6,665					
Autonomia 2	32,90	6,567	51	-1,7	-8,0	50	0,001
Panowanie nad środowiskiem 1	32,37	2,676					
Panowanie nad środowiskiem 2	36,69	3,432	51	-4,3	-14,3	50	0,001
Rozwój osobisty 1	32,71	3,733					
Rozwój osobisty 2	36,94	4,425	51	-4,2	-6,4	50	0,001
Pozytywne relacje z innymi 1	41,94	3,196					
Pozytywne relacje z innymi 2	44,55	2,802	51	-2,6	-9,8	50	0,001
Cel życiowy 1	37,90	3,596					
Cel życiowy 2	41,06	3,472	51	-3,2	-12,3	50	0,001
Akceptacja siebie 1	36,94	2,564					
Akceptacja siebie 2	39,47	3,035	51	-2,5	-19,1	50	0,001

Tabela 69. Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal MSEI przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

MSEI	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Ogólna samoocena 1	36,22	3,312					
Ogólna samoocena 2	39,37	3,498	51	-3,2	-14,3	50	0,001
Kompetencje 1	34,41	2,247					
Kompetencje 2	36,12	2,805	51	-1,7	-11,1	50	0,001
Bycie kochanym 1	43,55	4,370					
Bycie kochanym 2	45,86	3,672	51	-2,3	-9,9	50	0,001
Popularność 1	42,31	2,396					
Popularność 2	43,06	2,671	51	-0,7	-5,4	50	0,001
Zdolności przywódcze 1	32,96	3,352					
Zdolności przywódcze 2	34,43	3,431	51	-1,5	-8,6	50	0,001
Samokontrola 1	30,88	2,233					
Samokontrola 2	33,98	2,379	51	-3,1	-20,1	50	0,001
Samoakceptacja moralna 1	42,65	3,123					
Samoakceptacja moralna 2	43,29	3,061	51	-0,6	-6,5	50	0,001
Atrakcyjność fizyczna 1	30,71	3,635					

Atrakcyjność fizyczna 2	33,49	4,411	51	-2,8	-7,3	50	0,001
Witalność 1	29,92	3,616					
Witalność 2	33,57	3,743	51	-3,6	-19,5	50	0,001
Integracja tożsamości 1	37,20	3,137					
Integracja tożsamości 2	39,12	3,090	51	-1,9	-12,2	50	0,001
Obronne wzmacnianie samooceny 1	62,35	2,390					
Obronne wzmacnianie samooceny 2	63,31	3,191	51	-1,0	-2,7	50	0,010

W zakresie wskaźników zdrowienia u kobiet o Profilu II zachodzą statystycznie istotne różnice pomiędzy wartościami we wszystkich skalach WKP, PWB, MSEI badanych na początku i po zastosowaniu leczenia. Wyniki przedstawia Tabela 70, Tabela 71 i 72.

Tabela 70. Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal WKP przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

WKP	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Planowość 1	27,20	5,091					
Planowość 2	28,60	4,867	73	-1,39	-5,28	72	0,001
Orientacja na cel 1	27,15	4,777					
Orientacja na cel 2	30,23	5,579	73	-3,1	-14,6	72	0,001
Szczegółowość 1	15,12	4,631					
Szczegółowość 2	16,79	5,307	73	-1,7	-9,4	72	0,001
Poszukiwanie wsparcia społecznego 1	38,82	4,379					
Poszukiwanie wsparcia społecznego 2	37,89	4,517	73	0,9	2,5	72	0,015
Bogactwo treści życia 1	33,21	5,485					
Bogactwo treści życia 2	37,49	5,388	73	-4,3	-8,4	72	0,001
Unikanie porażek 1	22,22	4,583					
Unikanie porażek 2	20,75	4,772	73	1,5	8,9	72	0,001

Tabela 71. Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal PWB przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

PWB	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Autonomia 1	28,42	4,531					
Autonomia 2	30,32	4,699	73,00	-1,89	-8,75	72,00	0,001
Panowanie nad środowiskiem 1	26,10	7,130					
Panowanie nad środowiskiem 2	30,41	5,965	73,00	-4,32	-11,52	72,00	0,001
Rozwój osobisty 1	29,93	2,568					
Rozwój osobisty 2	32,79	2,930	73,00	-2,86	-10,37	72,00	0,001
Pozytywne relacje z innymi 1	38,97	5,354					
Pozytywne relacje z innymi 2	41,08	5,163	73,00	-2,11	-10,38	72,00	0,001
Cel życiowy 1	33,14	4,237					
Cel życiowy 2	37,23	5,368	73,00	-4,10	-10,10	72,00	0,001
Akceptacja siebie 1	28,74	7,977					
Akceptacja siebie 2	32,26	6,149	73,00	-3,52	-9,41	72,00	0,001

Tabela 72. Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal MSEI przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

MSEI	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Ogólna samoocena 1	26,94	7,44					
Ogólna samoocena 2	30,75	6,89	52	-3,8	-8,0	51	0,001
Kompetencje 1	33,88	3,50					
Kompetencje 2	35,44	3,43	52	-1,6	-5,2	51	0,001
Bycie kochanym 1	32,62	11,74					
Bycie kochanym 2	34,98	12,07	52	-2,4	-8,6	51	0,001
Popularność 1	32,83	7,35					
Popularność 2	34,08	7,70	52	-1,3	-3,5	51	0,001
Zdolności przywódcze 1	30,35	2,13					
Zdolności przywódcze 2	31,77	2,83	52	-1,4	-5,7	51	0,001
Samokontrola 1	23,98	3,36					
Samokontrola 2	27,98	3,20	52	-4,0	-11,7	51	0,001

Samoakceptacja moralna 1	37,17	5,12					
Samoakceptacja moralna 2	38,94	3,92	52	-1,8	-6,0	51	0,001
Atrakcyjność fizyczna 1	26,13	8,73					
Atrakcyjność fizyczna 2	29,27	7,74	52	-3,1	-8,3	51	0,001
Witalność 1	26,08	5,68					
Witalność 2	30,37	5,22	52	-4,3	-13,3	51	0,001
Integracja tożsamości 1	31,65	2,79					
Integracja tożsamości 2	34,79	3,02	52	-3,1	-12,0	51	0,001
Obronne wzmacnianie samooceny 1	53,35	4,66					
Obronne wzmacnianie samooceny 2	55,17	4,90	52	-1,8	-4,5	51	0,001

W przypadku pacjentek o Profilu III również stwierdzono, że wszystkie wskaźniki zdrowienia (skale WKP, PWB, MSEI) - badane na początku leczenia i kontrolowane po jego przeprowadzeniu - istotnie się od siebie różnią. Wyniki prezentuje Tabela 73, 74 i 75.

Tabela 73. Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal WKP przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

WKP	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Planowość 1	20,30	2,18					
Planowość 2	21,65	2,680	66	-1,34	-7,43	65	0,001
Orientacja na cel 1	18,24	2,861					
Orientacja na cel 2	19,95	3,135	66	-1,7	-12,9	65	0,001
Szczegółowość 1	11,21	2,657					
Szczegółowość 2	11,55	3,079	66	-0,3	-2,6	65	0,013
Poszukiwanie wsparcia społecznego 1	28,73	4,171					
Poszukiwanie wsparcia społecznego 2	29,42	4,749	66	-0,7	-3,8	65	0,001
Bogactwo treści życia 1	23,26	3,255					
Bogactwo treści życia 2	24,88	3,711	66	-1,6	-8,9	65	0,001
Unikanie porażek 1	26,30	3,337					
Unikanie porażek 2	25,42	3,464	66	0,9	7,0	65	0,001

Tabela 74. Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal PWB przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

PWB	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Autonomia 1	17,67	2,747					
Autonomia 2	18,53	2,791	66	-0,9	-7,7	65	0,001
Panowanie nad środowiskiem 1	11,24	2,590					
Panowanie nad środowiskiem 2	13,27	2,906	66	-2,0	-13,2	65	0,001
Rozwój osobisty 1	18,47	3,292					
Rozwój osobisty 2	19,45	3,438	66	-1,0	-10,6	65	0,001
Pozytywne relacje z innymi 1	20,06	3,027					
Pozytywne relacje z innymi 2	21,50	2,808	66	-1,4	-7,6	65	0,001
Cel życiowy 1	19,82	4,874					
Cel życiowy 2	21,55	4,386	66	-1,7	-11,7	65	0,001
Akceptacja siebie 1	12,85	2,220					
Akceptacja siebie 2	14,70	2,877	66	-1,8	-8,6	65	0,001

Tabela 75. Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym – różnice w poziomie średniej skal MSEI przed (1) i po zastosowaniu leczenia (2).

MSEI	Średnia	SD	N	Różnica	t	df	p
Ogólna samoocena 1	14,95	3,444					
Ogólna samoocena 2	17,06	4,117	66	-2,1	-12,9	65	0,001
Kompetencje 1	19,18	2,866					
Kompetencje 2	20,23	3,012	66	-1,0	-9,4	65	0,001
Bycie kochanym 1	19,20	6,345					
Bycie kochanym 2	20,67	6,571	66	-1,5	-12,2	65	0,001
Popularność 1	21,92	3,884					
Popularność 2	22,79	4,370	66	-0,9	-6,9	65	0,001
Zdolności przywódcze 1	20,68	4,763					
Zdolności przywódcze 2	21,53	4,900	66	-0,8	-8,2	65	0,001
Samokontrola 1	18,48	1,971					
Samokontrola 2	20,61	2,844	66	-2,1	-9,8	65	0,001
Samoakceptacja moralna 1	28,80	4,386					
Samoakceptacja moralna 2	30,00	3,713	66	-1,2	-6,4	65	0,001

Atrakcyjność fizyczna 1	17,11	2,328					
Atrakcyjność fizyczna 2	18,47	2,519	66	-1,4	-9,5	65	0,001
Witalność 1	15,73	3,449					
Witalność 2	18,18	3,508	66	-2,5	-17,1	65	0,001
Integracja tożsamości 1	21,91	2,588					
Integracja tożsamości 2	23,58	3,569	66	-1,7	-6,9	65	0,001
Obronne wzmacnianie samooceny 1	41,71	4,526					
Obronne wzmacnianie samooceny 2	43,94	4,328	66	-2,2	-13,8	65	0,001

28. Różnice w efektywności zdrowienia pomiędzy grupami pacjentek o określonym profilu psychologicznym.

W tej części pracy przeprowadzona została analiza jednoczynnikową analizą wariancji w zakresie różnic w poziomie skal poszczególnych wskaźników zdrowienia w zależności od profilu, a także szczegółowa analiza testem post-hoc LSD dla wykazania różnic w zakresie wskaźników zdrowienia w zależności od określonego typu pacjentek depresyjnych, w celu udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze: *Czy pacjentki o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach, chorujące na depresję, będą różniły się istotnie statystycznie efektywnością zdrowienia?*

Przeprowadzona analiza wariancji dla zmiennej WKP wykazała obecność istotnych różnic w zależności od profilu. Wszystkie zmienne istotnie się różnią, co zaznaczono kolorem czerwonym w Tabeli 76.

Tabela 76. Analiza wariancji dla zmiennej WKP w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Zmienna WKP	Suma kwadratów zew. grupowych	df	Średnia kwadratów zew. grupowych	Suma kwadratów wew. grupowych	df	Średnia kwadratów wew. grupowych	F	p
Planowość	2804	2	1402	3343	187	17,87	78,4	0,001
Orientacja na cel	6339	2	3170	4037	187	21,59	146,8	0,001

Szczegółowość	1251	2	625	3680	187	19,68	31,8	0,001
Poszukiwanie wsparcia społecznego	4695	2	2348	3604	187	19,27	121,8	0,001
Bogactwo treści życia	8729	2	4365	3764	187	20,13	216,8	0,001
Unikanie porażek	3838	2	1919	3275	187	17,51	109,6	0,001

W celu ustalenia czy któryś z profili różni się efektywnością zdrowienia w zakresie dążeń i planów przeprowadzono analizę testem LSD. Testy wykazały, że zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu w zakresie skal: planowość, orientacja na cel, poszukiwanie wsparcia społecznego, bogactwo treści życia oraz unikanie porażek. Nie ma natomiast istotnych różnic pomiędzy Profilem I i II w zakresie skali szczegółowość. Profile te nie różnią się istotnie pod względem szczegółowości planów. W skali tej zachodzą natomiast istotne różnice pomiędzy Profilem I i III oraz II i III. Kolorem czerwonym w Tabeli 77 zaznaczono istotne różnice.

Tabela 77. Analiza testem post-hoc LSD – różnice w zakresie dążeń i planów w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Zmienna: Planowość			
Profile	Profil I - M=30,804	Profil II - M=28,603	Profil III - M=21,652
I		0,005	0,001
II	0,005		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Orientacja na cel			
Profile	Profil I - M=33,824	Profil II - M=30,233	Profil III - M=19,955
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Szczegółowość			
Profile	Profil I - M=17,118	Profil II - M=16,795	Profil III - M=11,545
I		0,690	0,001
II	0,690		0,001

III	0,001	0,001	
Zmienna: Poszukiwanie wsparcia społecznego			
Profile	Profil I - M=41,569	Profil II - M=37,890	Profil III - M=29,424
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Bogactwo treści życia			
Profile	Profil I - M=40,784	Profil II - M=37,493	Profil III - M=24,879
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Unikanie porażek			
Profile	Profil I - M=13,882	Profil II - M=20,753	Profil III - M=25,424
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	

Jednoczynnikowa analiza wariancji w zakresie zmiennej PWB wykazała obecność istotnych różnic w zależności od profilu. Kolorem czerwonym zaznaczono istotne różnice w Tabeli 78.

Tabela 78. Analiza wariancji dla zmiennej PWB w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Zmienna PWB	Suma kwadratów zew. grupowych	df	Średnia kwadratów zew. grupowych	Suma kwadratów wew. grupowych	df	Średnia kwadratów wew. grupowych	F	p
Autonomia	7312	2	3656	4253	187	22,74	160,8	0,001
Panowanie nad środowiskiem	17931	2	8966	3700	187	19,78	453,2	0,001
Rozwój osobisty	10267	2	5133	2365	187	12,65	405,9	0,001
Pozytywne relacje z innymi	19371	2	9685	2825	187	15,10	641,2	0,001
Cel życiowy	13273	2	6636	3928	187	21,01	315,9	0,001
Akceptacja siebie	19714	2	9857	3721	187	19,90	495,4	0,001

Szczegółowa analiza testem post-hoc LSD wykazała, że zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu w zakresie wszystkich skal dobrostanu psychicznego, co zaznaczono w Tabeli 79. Każdy z profili różni się istotnie pod względem skal: autonomia, panowanie nad środowiskiem, rozwój osobisty, pozytywne relacje z innymi, cel życiowy, akceptacja siebie.

Tabela 79. Analiza testem post-hoc LSD – różnice w dobrostanie psychicznym w zależności od profilu.

Zmienna: Autonomia			
Profile	Profil I - M=32,902	Profil II - M=30,315	Profil III - M=18,530
I		0,003	0,001
II	0,003		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Panowanie nad środowiskiem			
Profile	Profil I - M=36,686	Profil II - M=30,411	Profil III - 13,273
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Rozwój osobisty			
Profile	Profil I - M=36,941	Profil II - M=32,795	Profil III - M=19,455
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Pozytywne relacje z innymi			
Profile	Profil I - M=44,549	Profil II - M=41,082	Profil III - M=21,500
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Cel życiowy			
Profile	Profil I - M=41,059	Profil II - M=37,233	Profil III - M=21,545
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Akceptacja siebie			

Profile	Profil I - M=39,471	Profil II - M=32,260	Profil III - M=14,697
I		0,0010	0,001
II	0,0010		0,001
III	0,0010	0,0010	

Przeprowadzona analiza wariancji dla zmiennej MSEI wykazała obecność istotnych różnic w zależności od profilu psychologicznego pacjentek, co zaznaczono kolorem czerwonym w Tabeli 80.

Tabela 80. Analiza wariancji dla zmiennej MSEI w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Zmienna MSEI	Suma kwadratów zew. grupowych	df	Średnia kwadratów zew. grupowych	Suma kwadratów wew. grupowych	df	Średnia kwadratów wew. grupowych	F	p
Ogólna samoocena	15377	2	7688	4473	187	23,92	321,4	0,001
Kompetencje	8744	2	4372	2300	187	12,30	355,4	0,001
Bycie kochanym	20472	2	10236	9323	187	49,86	205,3	0,001
Popularność	12425	2	6212	5903	187	31,57	196,8	0,001
Zdolności przywódcze	5211	2	2605	2989	187	15,99	163,0	0,001
Samokontrola	5548	2	2774	1599	187	8,55	324,5	0,001
Samoakceptacja moralna	5383	2	2691	2488	187	13,30	202,3	0,001
Atrakcyjność fizyczna	7907	2	3954	5176	187	27,68	142,8	0,001
Witalność	8423	2	4211	4020	187	21,50	195,9	0,001
Integracja tożsamości	7268	2	3634	2854	187	15,26	238,1	0,001
Obronne wzmacnianie samooceny	10823	2	5411	6522	187	34,88	155,2	0,001

Przeprowadzona szczegółowa analiza testem post-hoc LSD wykazała obecność istotnych różnic w przypadku każdego profilu w zakresie każdej ze skal samooceny: ogólna samoocena, kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości oraz obronne wzmacnianie samooceny. Istotne różnice prezentuje Tabela 81.

Tabela 81. Analiza testem post-hoc LSD – różnice w skalach samooceny w zależności od profilu.

Zmienna: Ogólna samoocena			
Profile	Profil I - M=39,373	Profil II - M=31,630	Profil III - M=17,061
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Kompetencje			
Profile	Profil I - M=36,118	Profil II - M=32,890	Profil III - M=20,227
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Bycie kochanym			
Profile	Profil I - M=45,863	Profil II - M=38,658	Profil III - M=20,667
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Popularność			
Profile	Profil I - M=43,059	Profil II - M=35,288	Profil III - M=22,788
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Zdolności przywódcze			
Profile	Profil I - M=34,431	Profil II M=30,219	Profil III - M=21,530
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Samokontrola			

Profile	Profil I - M=33,980	Profil II - M=29,425	Profil III - M=20,606
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Samoakceptacja moralna			
Profile	Profil I - M=43,294	Profil II - M=38,370	Profil III - M=30,001
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Atrakcyjność fizyczna			
Profile	Profil I - M=33,490	Profil II - M=30,630	Profil III - M=18,470
I		0,003	0,001
II	0,003		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Witalność			
Profile	Profil I - M=33,569	Profil II - M=30,877	Profil III - M=18,182
I		0,002	0,001
II	0,002		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Integracja tożsamości			
Profile	Profil I - M=39,118	Profil II - M=33,014	Profil III - M=23,576
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	
Zmienna: Obronne wzmacnianie samooceny			
Profile	Profil I - M=63,314	Profil II - M=53,110	Profil III - M=43,939
I		0,001	0,001
II	0,001		0,001
III	0,001	0,001	

29. Występowanie istotnej zależności pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, korzystaniem przez nie ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia.

W celu weryfikacji problemu badawczego: *Czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, korzystaniem przez nie ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia?* przeprowadzono analizę korelacji *r*-Pearsona. Miała ona na celu zbadanie obecności istotnej zależności pomiędzy zmienną aktualnie otrzymywane wsparcie oraz wskaźnikami zdrowienia w obrębie każdego profilu. Wyniki analizy okazały się zróżnicowane pod względem istotności statystycznej dla każdego z typów profili psychologicznych pacjentek.

Przeprowadzona analiza statystyczna w obrębie Profilu I („Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym”) wykazała istotne wartości współczynnika korelacji *r* – Pearsona pomiędzy zmienną aktualnie otrzymywane wsparcie a zmienną kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej. Obliczenia te potwierdzają obecność istotnej zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Zależność ta charakteryzuje się dużą siłą związku ($r = 0,6099$) oraz ma charakter wprost proporcjonalny. Oznacza to, iż wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia obserwuje się wzrost poziomu zmiennej kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej w grupie kobiet o Profilu I. Istotna zależność występuje także pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem a kompetencjami w sytuacjach wymagających asertywności. Zależność ta odznacza się umiarkowaną siłą związku ($r = 0,3595$). Wskazane zależności mogą świadczyć o efektywnym treningu kompetencji społecznych pacjentek pod wpływem uzyskiwanego przez nie wsparcia. Przeprowadzona analiza korelacji wykazała również istotne wartości współczynnika korelacji *r* – Pearsona pomiędzy otrzymywanym wsparciem a skalami: orientacja na cel ($r = 0,6091$ – duża siła związku) oraz bogactwo treści życia ($r = 0,3279$ – umiarkowana siła związku). W grupie pacjentek o Profilu I obliczenia potwierdziły istotną zależność - o dużej sile związku - pomiędzy otrzymywanym wsparciem a niektórymi skalami dobrostanu psychicznego: autonomia ($r = 0,4684$), panowanie nad środowiskiem ($r = 0,5318$), pozytywne relacje z innymi ($r = 0,5139$) oraz istotną zależność o umiarkowanej sile związku pomiędzy otrzymywanym wsparciem a skalą akceptacja siebie ($r = 0,3098$). Wraz ze wzrostem poziomu wsparcia wzrasta poziom tych zmiennych, korelacja jest dodatnia. Można zatem wnioskować, że obecność wsparcia społecznego wpływa pozytywnie na poczucie dobrostanu psychicznego

badanych kobiet oraz wyznaczanie sobie przez nie celów do realizacji. Podobnie przedstawia się związek pomiędzy aktualnie otrzymywanym przez pacjentki wsparciem a większością skal samooceny: ogólna samoocena ($r = 0,6636$), kompetencje ($r = 0,6014$), bycie kochanym ($r = 0,6961$), popularność ($r = 0,6385$), zdolności przywódcze ($r = 0,5837$), samokontrola ($r = 0,5016$), samoakceptacja moralna ($r = 0,4876$), witalność ($r = 0,4331$) oraz obronne wzmacnianie samooceny ($r = 0,4763$). Zależności te charakteryzują się dużą siłą związku, natomiast korelacja ze skalą integracja tożsamości ($r = 0,3181$) odznacza się umiarkowaną siłą związku. Zaprezentowane zależności mają charakter wprost proporcjonalny i mogą świadczyć o wzroście samooceny i samoakceptacji kobiet z depresją wraz ze wzrostem otrzymywanego przez nie wsparcia.

Obliczenia związku pomiędzy zmiennymi Profilu II („Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym”) wykazały istotne zależności pomiędzy zmienną aktualnie otrzymywane wsparcie a wszystkimi zmiennymi dotyczącymi kompetencji społecznych: skalą ogólne kompetencje społeczne ($r = 0,4565$), skalą kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego ($r = 0,4091$) – duża siła związku oraz skalami: kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej ($r = 0,3644$) i kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności ($r = 0,3486$) – umiarkowana siła związku. Wraz ze wzrostem poziomu wsparcia wzrasta poziom tych zmiennych, co wskazuje, że mogą się one umacniać w wyniku treningu społecznego. Analiza statystyczna ujawniła natomiast ujemną zależność pomiędzy otrzymywanym przez pacjentki wsparciem a skalą WKP szczegółowość ($r = -0,5888$), co świadczy o dużej sile tego związku, ale jego charakter jest odwrotnie proporcjonalny – wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia maleje poziom szczegółowości planów. Mogłoby to wskazywać na wzrastającą pod wpływem wsparcia społecznego bierność pacjentek czy nawet wyuczoną bezradność. Odnotowano natomiast słaby związek pomiędzy otrzymywanym przez kobiety wsparciem a zmienną poszukiwanie wsparcia społecznego ($r = 0,2776$), co może świadczyć o otrzymywanej przez pacjentki wystarczającej ilości wsparcia, w związku z czym nie muszą go poszukiwać. Wykazano także istotną zależność o dużej sile związku pomiędzy otrzymywanym wsparciem a niektórymi skalami dobrostanu psychicznego: panowanie nad środowiskiem ($r = 0,6783$), pozytywne relacje z innymi ($r = 0,4722$), akceptacja siebie ($r = 0,7333$) oraz zależność o słabej sile związku ze skalą rozwój osobisty ($r = 0,2959$). Można zatem wnioskować, że wartości danych skal rosną wraz ze wzrostem poziomu wsparcia, czyli wsparcie społeczne wykazuje dodatni związek z samoakceptacją tych pacjentek, ich panowaniem nad otoczeniem oraz relacjami z innymi

ludźmi. Istotna zależność występuje także pomiędzy otrzymywanym wsparciem i większością skal samooceny - o dużej sile związku ze skalami: ogólna samoocena ($r = 0,4372$), kompetencje ($r = 0,5456$), bycie kochanym ($r = 0,6662$), popularność ($r = 0,6315$), samoakceptacja moralna ($r = 0,4239$), atrakcyjność fizyczna ($r = 0,6335$), witalność ($r = 0,6531$) i o umiarkowanej sile związku ze skalami: samokontrola ($r = 0,3378$), integracja tożsamości ($r = 0,3816$), obronne wzmacnianie samooceny ($r = 0,3979$). Wraz ze wzrostem poziomu wsparcia wzrasta poziom tych zmiennych, czyli pozytywna samoocena pacjentek, ich energia życiowa czy poczucie bycia kochaną.

W przypadku Profilu III („Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym”) analiza statystyczna wykazała korelacje pomiędzy zmienną aktualnie otrzymywane wsparcie a zmienną ogólne kompetencje społeczne ($r = 0,4689$) – duża siła związku, zmienną kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego ($r = 0,3504$) – umiarkowana siła związku (wraz ze wzrostem wsparcia wzrasta poziom tych kompetencji) oraz zmienną kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej ($r = -0,4213$) – duża siła związku, ale o charakterze odwrotnie proporcjonalnym (wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia maleje poziom tych kompetencji). W przypadku tych pacjentek wzrost poziomu wsparcia powoduje wzrost ogólnych kompetencji społecznych pacjentek i ich kompetencji w sytuacjach intymnych, natomiast nie powoduje umacniania się kompetencji w sytuacjach ekspozycji społecznej, lecz ich obniżanie się. Z analizy wynika następnie, że wraz ze wzrostem wsparcia wzrasta poziom orientacji na cel tej grupy pacjentek ($r = 0,3757$) – umiarkowana siła związku, lecz obniża się poziom szczegółowości planów ($r = -0,2788$) – słaba siła związku. Wraz ze wzrostem poziomu otrzymywanego wsparcia wzrasta natomiast poszukiwanie wsparcia społecznego przez te pacjentki ($r = 0,6291$) – duża siła związku, co może wskazywać na duże zapotrzebowanie badanych kobiet na wsparcie, być może ze względu na ich poczucie bezradności z racji przejmowania odpowiedzialności przez wspierające je otoczenie. Ujemnie koreluje natomiast wraz ze wzrostem wsparcia unikanie przez badane porażek ($r = -0,4457$), które maleje – duża siła związku, co mogłoby świadczyć, iż pod wpływem otrzymywanego wsparcia kobiety z depresją nie wycofują się z działania z obawy przed niepowodzeniami. Analiza statystyczna ujawniła także istotną zależność o dużej sile związku pomiędzy otrzymywanym wsparciem a wszystkimi skalami dobrostanu psychicznego: autonomia ($r = 0,5681$), panowanie nad środowiskiem ($r = 0,6849$), rozwój osobisty ($r = 0,5737$), pozytywne relacje z innymi ($r = 0,7783$), akceptacja siebie ($r = 0,5751$) – są to zależności o charakterze wprost proporcjonalnym, a także cel życiowy ($r = -0,5632$) –

zależność odwrotnie proporcjonalna. Można wnioskować, że wraz ze wzrostem poziomu wsparcia wzrasta poziom dobrostanu psychicznego tych pacjentek, ich pozytywny stosunek do siebie, doświadczanie ciepłych relacji z innymi, natomiast obniża się poziom ich przekonania o ukierunkowaniu własnego życia na realizację ważnego celu. Obliczenia potwierdziły także obecność istotnej zależności pomiędzy otrzymywanym wsparciem a większością skal samooceny. Wraz ze wzrostem wsparcia wzrasta poziom ogólnej samooceny ($r = 0,7554$), bycia kochanym ($r = 0,6786$), popularności ($r = 0,4069$), zdolności przywódczych ($r = 0,7657$), samokontroli ($r = 0,7380$), witalności ($r = 0,4479$), integracji tożsamości ($r = 0,6425$) – duża siła związku, a także kompetencji ($r = 0,3351$) i atrakcyjności fizycznej ($r = 0,3913$) – umiarkowana siła związku, natomiast obniża się poziom samoakceptacji moralnej ($r = -0,5474$) – silny związek. Wzrost otrzymywanego wsparcia powoduje zatem wzrost zadowolenia badanych pacjentek z siebie, ich poczucia akceptacji przez bliskich i sympatii ze strony innych ludzi, wzrost przekonania o wywieraniu wpływu na otoczenie, panowania nad swoimi emocjami, poczucia dobrej kondycji fizycznej i swojej atrakcyjności oraz wewnętrznej spójności. Otrzymywane wsparcie powoduje natomiast u pacjentek spadek poczucia pewności wyznawanych zasad moralnych i zadowolenia ze swojego systemu wartości. Wyniki przedstawia Tabela 82.

Tabela 82. Współczynnik korelacji r – Pearsona pomiędzy badanymi zmiennymi.

BSSS Aktualnie otrzymywane wsparcie	Profil 1	Profil 2	Profil 3
KKS Ogólne kompetencje społeczne	0,2465 p=0,081	0,4565 p=0,001	0,4689 p=0,001
KKS Kompetencje w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego	0,0596 p=0,678	0,4091 p=0,001	0,3504 p=0,004
KKS Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej	0,6099 p=0,001	0,3644 p=0,002	-0,4213 p=0,001
KKS Kompetencje w sytuacjach wymagających	0,3595	0,3486	-0,0140

asertywności			
	p=0,010	p=0,003	p=0,911
WKP Planowość	0,2128	-0,1425	0,0290
	p=0,134	p=0,229	p=0,817
WKP Orientacja na cel	0,6091	-0,2216	0,3757
	p=0,001	p=0,060	p=0,002
WKP Szczegółowość	0,1986	-0,5888	-0,2788
	p=0,162	p=0,001	p=0,023
WKP Poszukiwanie wsparcia społecznego	0,1836	0,2776	0,6291
	p=0,197	p=0,017	p=0,001
WKP Bogactwo treści życia	0,3279	0,0957	-0,0468
	p=0,019	p=0,421	p=0,709
WKP Unikanie porażek	-0,0201	-0,0792	-0,4457
	p=0,889	p=0,505	p=0,001
PWB Autonomia	0,4684	-0,1881	0,5681
	p=0,001	p=0,111	p=0,001
PWB Panowanie nad środowiskiem	0,5318	0,6783	0,6849
	p=0,001	p=0,001	p=0,001
PWB Rozwój osobisty	0,0015	0,2959	0,5737
	p=0,997	p=0,011	p=0,001
PWB Pozytywne relacje z innymi	0,5139	0,4722	0,7783
	p=0,001	p=0,001	p=0,001
PWB Cel życiowy	0,2345	-0,0790	-0,5632
	p=0,098	p=0,507	p=0,001
PWB Akceptacja siebie	0,3098	0,7333	0,5751
	p=0,027	p=0,001	p=0,001
MSEI Ogólna samoocena	0,6636	0,4372	0,7554
	p=0,001	p=0,001	p=0,001
MSEI Kompetencje	0,6014	0,5456	0,3351
	p=0,001	p=0,001	p=0,006
MSEI Bycie kochanym	0,6961	0,6662	0,6786
	p=0,001	p=0,001	p=0,001
MSEI Popularność	0,6385	0,6315	0,4069
	p=0,001	p=0,001	p=0,001

MSEI Zdolności przywódcze	0,5837 p=0,001	-0,0739 p=0,534	0,7657 p=0,001
MSEI Samokontrola	0,5016 p=0,001	0,3378 p=0,003	0,7380 p=0,001
MSEI Samoakceptacja moralna	0,4876 p=0,001	0,4239 p=0,001	-0,5474 p=0,001
MSEI Atrakcyjność fizyczna	0,2231 p=0,116	0,6335 p=0,001	0,3913 p=0,001
MSEI Witalność	0,4331 p=0,001	0,6531 p=0,001	0,4479 p=0,001
MSEI Integracja tożsamości	0,3181 p=0,023	0,3816 p=0,001	0,6425 p=0,001
MSEI Obronne wzmacnianie samooceny	0,4763 p=0,001	0,3979 p=0,001	-0,0153 p=0,903

DYSKUSJA WYNIKÓW ORAZ WNIOSKI Z BADAŃ

Celem przeprowadzonych przez autorkę badań było ustalenie, które czynniki indywidualne wspierające odzyskiwanie zdrowia (*poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych, hierarchia wartości*) oraz czynniki interpersonalne (*wsparcie społeczne*) są predyktorami efektywnego zdrowienia u kobiet cierpiących na zaburzenia depresyjne. Celem badań było także udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy można wyodrębnić profile psychologiczne pacjentek cierpiących na depresję, które mogą sprzyjać procesowi zdrowienia oraz na pytanie, które zmienne uwzględnione w modelu badawczym stanowią czynniki efektywnego zdrowienia w grupach wyodrębnionych typów pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach. Rozpoczynając od szczegółowej charakterystyki grupy badanych kobiet pod względem danych socjodemograficznych, ich udziału w leczeniu, charakterystyki psychologicznej, poprzez analizę poziomów wskaźników zdrowienia i ustalenie predyktorów efektywnego zdrowienia dla całej grupy kobiet, następnie wyróżniając typy profili psychologicznych kobiet z depresją i określając ich charakterystykę, poziom wskaźników zdrowienia oraz wsparcia społecznego, przechodząc do ustalenia, które zmienne uwzględnione w modelu badawczym stanowią czynniki efektywnego zdrowienia, poszukiwano odpowiedzi na kolejne pytania badawcze.

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz na eksplorację obszarów, które według danych z literatury nie zostały dotychczas zbadane.

Część I przeprowadzonych badań

Przed przystąpieniem do omówienia najważniejszych wyników z I etapu badań warto zwrócić uwagę na niektóre charakterystyki uzyskane w obrębie zmiennych socjodemograficznych oraz udziału w leczeniu w całej grupie kobiet z depresją, czego dotyczyło pierwsze i drugie pytanie badawcze. Badane kobiety w większości odznaczały się wykształceniem średnim (48%) oraz zawodowym (37%), natomiast najmniejszą liczbę stanowiły pacjentki z wykształceniem podstawowym (4%) oraz wyższym (11%). Ponad połowa badanych kobiet była zamężna (53%), najmniejszą liczbę badanych stanowiły panny

(4%), natomiast część kobiet stanowiły wdowy (18%), osoby rozwiedzione (15%) lub pozostające w związkach nieformalnych (10%). Najwięcej spośród badanych kobiet posiadało dwoje (46,04%) lub jedno dziecko (38,61%). Pod względem statusu zawodowego badanych kobiet występowało zróżnicowanie na osoby emerytowane (34%), pracujące (27%), bezrobotne (21%) i rencistki (18%). Przeważająca liczba badanych osób posiadała wiedzę na temat depresji (79%), natomiast 21% kobiet nie wykazało się posiadaniem wiedzy o chorobie. Większa liczba kobiet uznała w Wywiadzie, że aktywnie angażuje się w proces leczenia (62%), a 38% badanych stwierdziło, że nie bierze aktywnego udziału w leczeniu.

W literaturze przedmiotu często podkreślane jest, że jedną z najważniejszych relacji interpersonalnych w dorosłym życiu jest związek małżeński (Zięba, Jawor, Dudek, 1996). Zamężne pacjentki mogą łatwiej uzyskiwać wsparcie niż kobiety owdowiałe czy rozwiedzione. Według Hammen (2004) wpływ depresji na relacje małżeńskie jest często negatywny, a współmałżonkowie mogą postrzegać chorego jako obciążenie. Z kolei według Namysłowskiej (1985) u niektórych rodzin związek uczuciowy obojga małżonków pogłębia się w wyniku choroby. Kobiety cierpiące na depresję odczuwają szczególnie silną potrzebę doznawania opieki, troski i uczucia ze strony bliskich osób, zwłaszcza mężów, a brak okazywanego im zainteresowania odczuwają bardzo dotkliwie. Z kolei dysfunkcjonalne relacje z partnerem są jedną z podstawowych przyczyn chroniczności depresji (Małkiewicz – Borkowska, Namysłowska, 1995).

Przechodząc do interpretacji wyników, które odnoszą się bezpośrednio do przedmiotu tej pracy, w trzecim pytaniu badawczym podjęto się charakterystyki psychologicznej badanych kobiet w zakresie zmiennych indywidualnych, jak poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, styl radzenia sobie ze stresem, preferowane wartości oraz interpersonalnych, jak wsparcie społeczne. Badanie wykazało, że grupa kobiet charakteryzuje się obniżonym poczuciem własnej skuteczności. Według Schwarzera (1997) poziom poczucia własnej skuteczności może wpływać na podwyższenie lub obniżenie motywacji do działania, czyli także do zdrowienia. Poczucie własnej skuteczności wywiera pozytywny wpływ na wsparcie społeczne w profilaktyce depresji, a także przyczynia się do zdrowia psychicznego jednostki (Wareham, Fowler, Pike, 2007; Fiori, McIlvane, Brown, Antonucci, 2006; Saltzman, Holahan, 2002). Poczucie własnej skuteczności jest także jednym z wyznaczników radzenia sobie. Doniesienia z literatury przedmiotu potwierdzają, że osoby z niższym poziomem własnej skuteczności mają tendencję do poddawania się w obliczu trudności oraz doświadczania wyższego poziomu depresji i niepokoju (Francis, Weiss, Senf, Heist,

Hargraves, 2007; Pinguart, Silbereisen, Juang, 2004). Wyniki dotychczasowych badań również wykazały, że niskiemu poziomowi własnej skuteczności towarzyszą objawy depresji, wysoki poziom lęku lub neurotyzmu oraz objawy zaburzeń lękowych (Muris, 2002). Według McFarlane, Bellissimo i Norman (1995) osoby o wyższym poziomie poczucia własnej skuteczności wykazują mniej symptomów depresji. Oceniając rolę rodziny, stwierdzono, iż poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne wiążą się z depresją. W przeprowadzonych badaniach przez Maciejewskiego, Prigersona i Mazure (2000) w przypadku osób cierpiących na depresję stresujące wydarzenia życiowe wywierały znaczny negatywny wpływ na poczucie własnej skuteczności. Wyniki te mogą zatem wyjaśniać niski poziom poczucia własnej skuteczności uzyskany przez pacjentki chorujące na depresję, badane przez autorkę. Z kolei u osób nie chorujących na depresję, zdarzenia życiowe nie miały istotnego wpływu na poczucie własnej skuteczności. W przypadku osób cierpiących na depresję poczucie własnej skuteczności pośredniczyło w około 40 procentach zależności pomiędzy stresującymi zdarzeniami życiowymi a symptomami depresji. W przypadku osób doświadczających już wcześniej depresji, bardziej nasilone objawy choroby na początku badania istotnie prognozowały większą liczbę stresujących wydarzeń życiowych. Objawy depresji są zatem predyktorem ilości stresujących wydarzeń w życiu jednostki (Maciejewski, Prigerson, Mazure, 2000).

Kolejno, badanie pacjentek ujawniło niskie wyniki w zakresie ogólnej inteligencji emocjonalnej, zdolności do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania oraz zdolności do rozpoznawania emocji. Różnorodne badania wykazały dodatnie korelowanie inteligencji emocjonalnej z kompetencjami społecznymi, wielkością odczuwanego wsparcia społecznego, ilością i bliskością relacji interpersonalnych oraz poczuciem skuteczności w pomaganiu innym (Smith, Heaven, Ciarrochi, 2008; Lopes, Salovey, Straus, 2003; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000). Niska inteligencja emocjonalna może z kolei przyczyniać się do trudności osób w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi. W takim przypadku pacjentki mogą nie potrafić włączyć się w sieć społeczną, nawet jeśli jest ona dostępna. Badania wykazały również, że w przypadku kobiet inteligencja emocjonalna wraz z kompetencjami społecznymi może stanowić istotny predyktor poczucia samotności (Matczak, Knopp, 2013). Badacze zalecają wdrożenie metod oceny inteligencji emocjonalnej we wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu depresji, jak również integrację programów opartych o rozwijanie inteligencji emocjonalnej w procesie psychoterapii depresji (Zoromba, Abdellatif, Hussien, Hamed, 2014). Uczenie osób dostrzegania wpływu emocji na myślenie,

uczenie rozumienia i regulowania emocji oraz nadawania doświadczeniom emocjonalnego znaczenia może służyć lepszemu zarządzaniu emocjami, a także zapobiegać depresji (Brackett, Rivers, Salovey, 2011; Broquard, 2011; Batool, Khalid, 2009). W innych badaniach stwierdzono, że wyższy poziom inteligencji emocjonalnej prowadzi do odczuwania mniejszego stresu, stosowania bardziej efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem i trudnościami oraz rzadziej pojawiających się objawów depresji (Bastian, Burns, Nettelbeck, 2005; Saklofske, Austin, Minski, 2003; Palmer, Donaldson, Stough, 2002; Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001; Dawda, Hart, 2000; Salovey, Bedell, Detweiler, Mayer, 1999).

Badana grupa odznacza się podwyższonymi wynikami w zakresie stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach oraz obniżonymi wynikami w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu. Wyniki danych badań pozwalają przypuszczać, że w przypadku kobiet chorujących na depresję charakterystycznym stylem radzenia sobie ze stresem jest styl skoncentrowany na emocjach. Styl skoncentrowany na emocjach może w większym stopniu wyjaśniać natężenie objawów depresyjnych u kobiet w porównaniu do stylu skoncentrowanego na zadaniu. Interpretację tę wspierają doniesienia z badań, iż osoby oceniające siebie bardziej negatywnie są skoncentrowane przede wszystkim na sobie i na zmaganiu się z przykrymi emocjami, co wydaje się być nieodłącznym elementem zaburzeń depresyjnych. Wspomniane badania, przeprowadzone przez Endlera i Parkera (1990) wykazały, że kobiety w większym stopniu stosują styl skoncentrowany na emocjach oraz unikaniu. Przewaga zachowań skoncentrowanych na emocjach u kobiet może mieć związek z ich większą wrażliwością na niepokój oraz potrzebą zredukowania powstałego napięcia. Badania Endlera, Parkera (1990) pokazały, iż stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach może doprowadzić do pojawienia się objawów depresyjnych. Dla radzenia sobie ze stresem istotne znaczenie ma zdolność regulacji emocjonalnej oraz otwartość na własne stany emocjonalne. Osoby, które potrafią trafnie ocenić i wyrazić własne emocje lepiej radzą sobie ze stresem oraz wsparciem ze strony innych ludzi (Lyons, Schneider, 2005). Inne badania wykazały, że depresja czyni osobę podatną na doświadczanie kolejnych stresujących wydarzeń życiowych (Hammen, 1991). Badania ujawniły także, iż osoby o zadaniowym stylu radzenia sobie odznaczają się wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej (mierzonej przy użyciu kwestionariusza INTE) niż osoby o niskim nasileniu stylu zadaniowego. Wyniki badania Hys i Nieznańskiej (2001) wskazują, że ze stylem zorientowanym na działanie koreluje wyższy poziom samooceny. Z kolei na podstawie innych badań kobiet stwierdzono, że wyższe wyniki uzyskane w kwestionariuszu INTE korelują z niskim nasileniem stylu

skoncentrowanego na emocjach, w przeciwieństwie do niższych wyników, które korelują z dużym nasileniem tego stylu (Maczak, Knopp, 2013; Ashkanasy, 2003; Slaski, Cartwright, 2002; Maczak, 2001). Potwierdza to wyniki, które autorka uzyskała w swoich badaniach. Koncentrowanie się na własnych emocjach, na ich analizie i identyfikacji wiąże się z niską inteligencją emocjonalną oraz z niskimi kompetencjami społecznymi.

W zakresie wartości preferowanych przez pacjentki uzyskano obniżone wyniki w skali stymulacja oraz władza nad ludźmi. Pacjentki odznaczają się także preferencją poniżej średniej dla wymiaru otwartość na zmianę i umacnianie siebie oraz preferencją powyżej średniej w zakresie wymiarów typu wartości: zachowawczość i przekraczanie siebie. Wartości te mogą być charakterystyczne dla osób cierpiących na depresję. Wartości stanowią wewnętrzne regulatory zachowania osoby, które prowadzą do powstawania i modyfikowania jej zachowań w określonych warunkach (Brzozowski, 2005). Hierarchia wartości ulega zmianom pod wpływem otoczenia, wraz z nabywanymi doświadczeniami oraz z upływem czasu (Marzec-Tarasińska, 2014). Zgodnie z tymi doniesieniami można przypuszczać, że badane przez autorkę pacjentki będące w sytuacji depresji, wycofują się z życia i w związku z tym preferują odmienne wartości niż osoby zdrowe, jak na przykład niechęć do zmian czy okazywanie większej troski o innych niż o samego siebie. Według Ziółkowskiego (2000) spośród wartości, które dla osób badanych stanowią obszar zainteresowania, najważniejsze odnoszą się do ich aktualnej sytuacji życiowej, jak zdrowie, praca, miłość. Wartości są traktowane również jako przekonania, które są związane z preferowanymi przez osobę celami i stanowią motywację do działania. Schwartz (2006) wykazał, że wraz z wiekiem rośnie preferencja bezpieczeństwa, konformizmu czy tradycji, natomiast zmniejsza się preferencja stymulacji, hedonizmu i kierowania sobą.

Następnie, w zakresie wsparcia społecznego pacjentki uzyskały średnie wyniki. Dotyczą one zarówno spostrzeganego dostępnego wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie, poszukiwania wsparcia, jak i wsparcia aktualnie otrzymywanego oraz buforująco – ochronnego. Wsparcie społeczne jest jednym z najważniejszych czynników społecznych determinujących poziom dobrostanu psychicznego osoby. Badania Knoll i Schwarzer (2004) oraz Alpassa i Neville'a (2003) pokazują, że prozdrowotna, bezpośrednia funkcja wsparcia jest związana z mniejszym narażeniem osób posiadających wysokie wsparcie na przeżywanie sytuacji trudnych, co w przypadku badanych przez autorkę kobiet kształtuje się jednak na średnim poziomie. Badania Wojtyny, Dosiak, Życińskiej (2007) wykazały istotną rolę wsparcia społecznego dla przebiegu depresji oraz funkcjonowania badanych osób. Badania te

wykazały wpływ spostrzeganego wsparcia emocjonalnego na obniżenie objawów depresji i na postępy w leczeniu w pierwszych czterech tygodniach, gdy efekt farmakologiczny nie jest jeszcze w pełni odczuwalny oraz wpływ wsparcia instrumentalnego w ostatniej fazie badania, na proces adaptacji pacjentów w środowisku już najczęściej domowym. Badania innych autorów pokazują, że wsparcie emocjonalne korzystnie wpływa na redukcję objawów depresyjnych oraz na poprawę funkcjonowania osób w pierwszej fazie leczenia (Besser, Priel, 2005; Cummings, Neff, Husaini, 2003; Bosworth, Hays, George, Steffens, 2002; Field, Walker, Orrell, 2002). W związku z tym angażowanie osób bliskich w proces terapeutyczny jest niezmiernie istotne. Wsparcie społeczne jest definiowane właśnie jako rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jedną lub więcej osób uczestniczących w sytuacji trudnej. Dobroczynnie wpływający na pacjentów efekt wsparcia społecznego jest związany zarówno z poprawą stanu psychicznego, jak również ze zmniejszeniem pogarszania się ich funkcjonowania. Wzrasta na przykład poczucie własnej skuteczności czy umiejętności osób badanych oraz zmniejszają się objawy depresyjne (Kempen, van Sonderen, Ormel, 1999; Pennix, Leveille, Ferrucci, van Eijk, Guralnik, 1999; Antonucci, Fuhrer, Dartigues, 1997). Jeżeli wielkość sieci społecznej jest mała lub bardzo mała, a poziom odczuwanego zadowolenia z udzielonej pomocy jest niski i bardzo niski, osoby chore skłaniają się do wyboru stylu unikowego radzenia sobie (Terelak, 2008; Włodarczyk, 1999). Jednakże coraz częściej pojawiają się doniesienia, iż zbyt duża pomoc może wpływać na zmniejszenie poczucia kompetencji osoby do samodzielnego radzenia sobie (Sęk, 2018). W badaniach Alpasa i Neville'a (2003) nie wykazano z kolei związku pomiędzy wsparciem społecznym a zaburzeniami depresyjnymi. Nie był jednak badany rodzaj udzielanego wsparcia. Jak pokazują niektóre badania, otrzymywane wsparcie niekoniecznie pozwala radzić sobie ze stresem skuteczniej (Bolger, Zuckerman, Kessler, 2000). Może to wynikać z braku adekwatnego dopasowania pomiędzy wsparciem, którego osoba oczekuje a wsparciem przez nią otrzymywanym. Wykazano także, że najkorzystniejsze jest wsparcie emocjonalne, dostosowane do indywidualnych potrzeb (Sęk, 2018). Wykazano również, iż niski poziom wsparcia społecznego jest predyktorem gorszego przebiegu zaburzeń depresyjnych (Bosworth, Hays, George, Steffens, 2002). Z kolei, na przykład predyktorem objawów depresyjnych u matek chorych dzieci bywa niski poziom spostrzeganego wsparcia społecznego oraz stres przeżywany w związku z codziennymi aktywnościami (Demirtepe-Saygılı, Bozo, 2011).

Podsumowując, w zakresie zmiennych indywidualnych oraz wsparcia społecznego dla całej grupy pacjentek podczas I etapu badań można sformułować następujące wnioski:

Wniosek 1: Grupa kobiet z depresją charakteryzuje się obniżonym poczuciem własnej skuteczności.

Wniosek 2: Grupa badanych kobiet charakteryzuje się niskim poziomem inteligencji emocjonalnej.

Wniosek 3: Grupa badanych odznacza się podwyższonym poziomem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach, natomiast obniżonym poziomem stylu skoncentrowanego na zadaniu.

Wniosek 4: Badane prezentują preferencje i wartości charakterystyczne dla osób cierpiących na depresję: brak otwartości na zmianę i przywiązanie do tradycji, niską potrzebę stymulacji i władzy nad ludźmi oraz przekraczanie siebie związane z większą troską o innych ludzi niż o siebie.

Wniosek 5: Grupa charakteryzuje się przeciętnym poziomem wsparcia społecznego.

W ramach trzeciego pytania badawczego (3.1.) podjęto się próby określenia poziomu wskaźników zdrowienia dla całej grupy badanych kobiet na początku leczenia. Uzyskano średnie wyniki w zakresie tworzonych i realizowanych planów przez grupę kobiet z depresją. Jak wynika z literatury przedmiotu, planowanie działań jest wyrazem zaangażowania osoby i stanowi element efektywnej kontroli działania, co z kolei sprzyja skuteczności w realizowaniu celów. Ludzie posiadający ważne cele są zwykle bardziej energiczni, doświadczają więcej pozytywnych emocji oraz poczucia sensu życia (McGregor, Little, 1998). Podstawę podjęcia decyzji o działaniu stanowi jednak akceptacja celu (Kadzikowska-Wrzosek, 2011). Sformułowanie czy wybór celu nie przesądzają jeszcze o rozpoczęciu działania czy też o konsekwentnym kontynuowaniu go. Zasadnicze znaczenie ma opracowanie planu realizacji celu, czyli dokonanie tzw. implementacji intencji, co u badanych kobiet kształtuje się na poziomie przeciętnym. Dzięki implementacji intencji udaje się natomiast osobom pokonać nie tylko trudności związane z rozpoczęciem działania, ale i z kontynuowaniem go (Gollwitzer, 1996).

Następnie, przeprowadzone badanie wykazało przeciętne wyniki badanej grupy w zakresie dobrostanu psychicznego. Pacjentki prezentują przeciętny poziom zadowolenia z życia na początku leczenia. Jak podaje literatura, dobrostan psychiczny reprezentuje

przekonanie osoby o posiadaniu satysfakcji ze swojego życia. Dobrostan jest zatem głównym źródłem poczucia sensu życia oraz życiowej satysfakcji (Krok, 2009; Trzebińska, 2008; Diener, Lucas, Oishi, 2004). Według modelu Czapińskiego (2012) spadek poziomu dobrostanu następuje raczej z powodu zewnętrznych przyczyn, jak doświadczenie straty czy nieszczęśliwych zdarzeń, co może wyjaśniać średni poziom dobrostanu kobiet chorujących na depresję w badaniach autorki. Subiektywna ocena stanu własnego zdrowia jest dodatnio skorelowana z poczuciem dobrostanu psychicznego. Natomiast za powrót dobrostanu do poziomu sprzed spadku odpowiadają przyczyny wewnętrzne, jak wola życia (Czapiński, 2012; Trejtowicz, 2007). W badaniach Chang (2006) wysoki poziom stresu istotnie obniża poziom psychologicznego dobrostanu, co potwierdziły również badania Słodkowskiej i Bokszczanin (2012). Ich badania wykazały także, iż negatywnie skorelowany ze wskaźnikami dobrostanu jest perfekcjonizm.

Kolejno, badanie wykazało przede wszystkim obniżone oraz niskie wyniki w zakresie samooceny grupy badanych kobiet. Niskie wyniki są wskaźnikami niskiej samooceny lub niskiej spójności tożsamości. Z literatury przedmiotu wynika, że u osób o niskiej samoocenie istnieje duża rozbieżność między ja realnym a ja idealnym. Niski poziom samooceny w znacznym stopniu ogranicza aktywność osoby. Wynika z tego, że pacjentki mogą wykazywać wiele symptomów nieprzystosowania społecznego. Dodatkowo mogą charakteryzować się zachowaniami autodestruktywnymi, stawianiem sobie zbyt wysokich wymagań, oskarżaniem siebie czy umyślnym narażaniem siebie na frustrację (Wosik-Kawala, 2007). Wyniki badanej grupy kobiet okazują się być zbliżone do doniesień, iż osoby oceniające siebie bardziej negatywnie są skoncentrowane przede wszystkim na sobie i na zmaganiu się z przykrymi emocjami. Osoby, których poziom samooceny jest wysoki, łatwiej nawiązują kontakty interpersonalne w porównaniu do osób z niższą samooceną. Z kolei według badania McCall i Struthers (1994) osoby o niskiej samoocenie częściej radzą sobie poprzez unikanie, niż osoby o samoocenie wysokiej. Badanie przeprowadzone przez D.L. MacInnes (2006) wykazało, że obniżonej samoakceptacji i poczuciu własnej wartości w grupie badanych towarzyszy wyższy poziom lęku i depresji. Stwierdzono także, iż samoocena i samoakceptacja są podobnymi pojęciami, lecz nie są synonimami. Poczucie własnej wartości było bardziej związane z afektem, przy czym wyższy jego poziom wskazywał na niższy poziom depresji. Samoakceptacja wydaje się być bardziej związana z ogólnym dobrostanem psychicznym i może być bardziej pomocna przy podejmowaniu pracy klinicznej w przypadku ogólnych problemów psychologicznych (MacInnes, 2006). Dla

porównania, badania przeprowadzone wśród pacjentek chorujących na jądłowstręt psychiczny ujawniły, że pacjentki te cechuje niska akceptacja siebie. Pacjentki te cechowały się najniższym poziomem samoakceptacji w porównaniu do grup klinicznych, takich jak chorzy na nerwicę oraz alkoholicy (Chuchra, Pawłowska, 2004). W innych badaniach, przeprowadzonych przez Kruczek (2017), dziewczęta z placówki resocjalizacyjnej ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania wykazywały niższy poziom samoakceptacji i miały bardziej negatywny obraz siebie w porównaniu do dziewcząt z grupy kontrolnej (Kruczek, 2017).

Podsumowując kwestię badanych wskaźników zdrowienia dla całej grupy kobiet na początku leczenia można sformułować wnioski, takie jak:

Wniosek 6: Grupa badanych kobiet z depresją odznacza się przeciętnym poziomem tworzonych i realizowanych planów.

Wniosek 7: Badana grupa prezentuje przeciętny poziom dobrostanu psychicznego.

Wniosek 8: Kobiety badane charakteryzuje typowe dla depresji obniżenie samooceny i jej komponentów, przy zachowanej spójności tożsamości.

Następnie, również w ramach pytania trzeciego (3.1.), autorka podjęła się określenia poziomu wskaźników zdrowienia badanych kontrolnie dla całej grupy kobiet po zastosowaniu leczenia. Badanie przeprowadzone kontrolnie w grupie pacjentek po leczeniu ujawniło średnie wyniki w zakresie planów i celów. Według literatury przedmiotu posiadanie istotnych celów oraz dążenie do ich realizacji uznaje się za ważne wskaźniki dobrostanu, co w przypadku badanych kobiet kształtuje się na średnim poziomie, pomimo zastosowanego leczenia. Oczekiwanie sukcesu w realizacji celu koreluje z poziomem samooceny (McGregor, Little, 1998; Little, Lecci, Watkinson, 1992). Z realizowanymi przez osobę planami wiąże się także dokonywanie oceny trudności celów. Osoby o wysokiej samoocenie stawiają sobie trudniejsze cele, a także są skuteczniejsze w ich realizacji w porównaniu z osobami o niskiej samoocenie (Pilegge, Holtz, 1997). Z zaangażowaniem w realizację planów ocenianych jako ważne (atrakcyjne i o przeciętnym poziomie trudności), ale także z obecnością innych ludzi udzielających wsparcia i dzielących zaangażowanie w realizację planu wiąże się wysoka satysfakcja z życia (Zięba, 2012). Poczucie sprawstwa czy autodeterminacji pozwala z kolei skutecznie realizować cele, lepiej radzić sobie z niepokojem czy depresją (Mądrzycki, 2002; Ryan, Deci, 2000).

Kontrolny pomiar ogólnej samooceny i samoakceptacji moralnej wykazał wyniki średnie. Pacjentki uzyskały także wyniki niskie w zakresie samokontroli, co może wskazywać na przekonanie pacjentek o braku samodyscypliny oraz mobilizacji do działania, nawet po przeprowadzonym leczeniu. Literatura oraz dotychczasowe badania donoszą, że kobiety różniące się pod względem poziomu samoakceptacji oraz poziomu lęku wykazują także różnice w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie. Samoocena dodatnio koreluje ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Osoby o wysokiej samoocenie radzą sobie w sposób aktywny, związany z planowaniem. Natomiast kobiety o niskim poziomie samoakceptacji i wysokim poziomie lęku zazwyczaj radzą sobie z trudnymi sytuacjami w sposób bierny, stosując strategie ucieczkowe i o charakterze adaptacyjnym. Zachowania te mogą wiązać się z syndromem wyuczonej bezradności, który powoduje utratę poczucia kontroli kobiet nad własnym życiem (Walker, 2009, 1993; Rajska-Kulik, Roszkowska, 2005).

Kolejno, badanie kobiet ujawniło, że grupa odznacza się niskimi kompetencjami społecznymi po przeprowadzonym leczeniu. Doniesienia z badań empirycznych ujawniają, że kompetencje korelują dodatnio między innymi z ogólną satysfakcją życiową, dobrostanem psychicznym, jakością związków interpersonalnych, gotowością do korzystania ze wsparcia społecznego oraz udzielania pomocy innym, jak również z efektywnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, a także prawidłowym funkcjonowaniem społecznym i ogólnym przystosowaniem. Można zatem wnioskować, że niski poziom kompetencji społecznych pacjentek badanych przez autorkę może wpływać niekorzystnie na ich relacje z innymi ludźmi czy obniżać zadowolenie z życia. Stwierdzono bowiem ujemne związki kompetencji z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, poczuciem osamotnienia, zachowaniami przestępczymi, objawami somatycznymi oraz z uzależnieniami (Austin, Saklofske, Egan, 2005; Extremera, Fernandez-Berrocal, 2005; Gerits, Derksen, Verbruggen, Katzko, 2005; Engelberg, Sjoberg, 2004; Van Rooy, Viswesvaran, 2004; Lopes, Salovey, Straus, 2003; Cherniss, 2002; Palmer, Donaldson, Stough, 2002; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley, Hollander, 2002; Argyle, 1998). W niezależnych badaniach stwierdzono także dodatnie korelacje pomiędzy inteligencją emocjonalną a kompetencjami społecznymi (Ciesińska, 2010; Moroz, 2010; Smolarek, 2010; Wosek, 2008). Ujawniły się zależności między ogólnym wskaźnikiem inteligencji emocjonalnej a poszczególnymi mierzonymi kompetencjami społecznymi oraz ich ogólnym poziomem w skali KKS. Badania wykazały, że zdolność akceptowania emocji wiąże się dodatnio ze wszystkimi wskaźnikami kompetencji

społecznych. Podobnie empatia, czyli zdolność rozumienia i rozpoznawania emocji innych ludzi, korelowała z wynikami skali KKS. Z kolei kompetencje warunkujące radzenie sobie w sytuacjach wymagających asertywności korelowały przede wszystkim z ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej oraz zdolnością do akceptowania emocji (Matczak, Knopp, 2013). Badania Matczak (1997) wykazały, że istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu (mierzonym Kwestionariuszem CISS) i kompetencjami społecznymi (mierzonymi KKS). Skłonność do zadaniowego, aktywnego radzenia sobie stwarza możliwość efektywnego kształtowania i rozwijania kompetencji społecznych (Terelak, 2008; Matczak, 1997).

Następnie, stwierdzono średni poziom dobrostanu psychicznego badanej grupy kobiet z depresją po przeprowadzonym leczeniu. Uzyskane wyniki korespondują z omawianymi w literaturze przedmiotu oraz z doniesieniami z badań. Na dobrostan psychiczny mają wpływ wydarzenia życiowe, czyli w przypadku badanej grupy kobiet także trudna sytuacja choroby, a także różnice w sposobie myślenia o świecie: różnice w nastawieniu na informacje przyjemne i przykre oraz różnice w sprawności, z jaką ludzie te informacje przetwarzają (Diener, Lucas i Oishi, 2012). W zakres zachowań, które mają wpływ na dobrostan człowieka wpisuje się radzenie sobie ze stresem. Doświadczanie stresów życiowych odgrywa znaczącą rolę w etiologii zaburzeń depresyjnych (Sygit-Kowalkowska, 2014). Osoby odczuwające dobrostan psychiczny są bardziej efektywne w swoich działaniach i lepiej wykorzystują dostępne zasoby środowiskowe, co u badanej grupy kobiet prezentuje się na poziomie średnim. Akceptacja siebie sprzyja poczuciu szczęścia oraz radzeniu sobie z porażkami. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na dobrostan psychiczny są także relacje z otoczeniem, posiadanie umiejętności nawiązywania, podtrzymywania i rozwoju więzi z ludźmi, zdolność odczuwania radości z bliskich kontaktów (Niśkiewicz, 2016). Dobrostan psychiczny pełni istotną funkcję motywacyjną, a także decyduje o różnych działaniach i ich rezultatach (Czapiński 2012).

Na podstawie dokonanej analizy poziomu wskaźników zdrowienia po przeprowadzonym leczeniu sformułowano następujące wnioski:

Wniosek 9: Tworzone przez pacjentki plany i realizowane cele kształtują się na poziomie przeciętnym.

Wniosek 10: Ogólna samoocena oraz samoakceptacja moralna badanych kobiet jest na poziomie średnim po przeprowadzonym leczeniu. Samokontrola jest natomiast na poziomie niskim.

Wniosek 11: Po leczeniu grupa badanych kobiet odznacza się niskimi kompetencjami społecznymi.

Wniosek 12: Po przeprowadzonym leczeniu można stwierdzić średni poziom dobrostanu psychicznego grupy kobiet z depresją. Zarówno pozytywne relacje z innymi, jak i akceptacja siebie są na poziomie przeciętnym w grupie badanych.

Czwarte pytanie badawcze dotyczyło różnic w poziomie wskaźników zdrowienia, czyli dobrostanu psychicznego, tworzonych i realizowanych planów oraz samoakceptacji dla całej grupy kobiet na początku leczenia i po jego zastosowaniu. Można zatem wnioskować, że w całej grupie pacjentek zachodzą istotne różnice w zakresie poziomu planów, celów, samooceny i dobrostanu psychicznego na początku podjętego leczenia oraz po jego zastosowaniu. Istotnej zmiany nie uległo jedynie poszukiwanie przez pacjentki wsparcia społecznego, co można interpretować jako utrzymującą się potrzebę doświadczania wsparcia społecznego przez badane kobiety, także po zastosowanym leczeniu. Sformułowano na tej podstawie następujący wniosek:

Wniosek 13: W całej grupie pacjentek zachodzą istotne różnice w zakresie poziomu wskaźników zdrowienia na początku podjętego leczenia oraz po jego zastosowaniu, za wyjątkiem braku istotnych różnic w zakresie poszukiwania przez pacjentki wsparcia społecznego.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione piąte pytanie badawcze, przeprowadzono analizę regresji, która pozwoliła na wyłonienie zmiennych w najwyższym stopniu wyjaśniających efektywność procesu zdrowienia w całej grupie kobiet z depresją. Ustalono, które zmienne indywidualne w najwyższym stopniu wyjaśniają efektywność procesu zdrowienia badanych kobiet, czyli które zmienne są predyktorami odzyskiwania zdrowia. Ustalono, że najsilniejszym predyktorem kompetencji społecznych jest ogólna inteligencja emocjonalna. Rosnąca liczba dowodów empirycznych sugeruje, że inteligencja emocjonalna koreluje z wieloma wynikami, które są oznaką sukcesu społeczno-emocjonalnego, uwzględniając częste przeżywanie pozytywnego nastroju, wyższą samoocenę, większą satysfakcję z życia, zaangażowanie społeczne i dobrostan. Stwierdzono, że inteligencja emocjonalna jest związana z mniejszą skłonnością do doświadczania negatywnych emocji i większą skłonnością do doświadczania emocji pozytywnych, przyczyniając się do wyższego poczucia dobrostanu psychicznego. Z tego względu przyjęto,

iż inteligencja emocjonalna może być predyktorem subiektywnego poczucia dobrostanu, a także zdrowia psychicznego (Zeidner, Matthews, Roberts, 2012; Zeidner, Olnick-Shemesh, 2010; Mikołajczak, Nelis, Hansenne, Quoidbach, 2008). Pozytywny wpływ na poziom kompetencji społecznych wywiera także aktualnie otrzymywane wsparcie, które prawdopodobnie dlatego podnosi poziom kompetencji, że zapewnia badanym możliwość rozwoju umiejętności interpersonalnych poprzez kontakty z innymi. Z kolei predyktorem, który wzrastając wpływa silnie na obniżenie ogólnych kompetencji społecznych jest spostrzegane dostępne wsparcie, które nie jest tożsame z korzystaniem ze wsparcia, a także styl skoncentrowany na unikaniu.

Najsilniejszym dodatnim predyktorem w obszarze planowości działań jest styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, który przypuszczalnie stymuluje pacjentki do aktywności i tym samym do planowania. Podobnie, silnie wpływa na wzrost planowania działań przez pacjentki zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, jak również angażowanie się w czynności zastępcze. Z kolei najsilniejszym predyktorem istotnie wpływającym na obniżenie planowości jest styl skoncentrowany na unikaniu. Następnie, występuje związek o dużej sile pomiędzy ogólną inteligencją emocjonalną a orientacją na cel badanych kobiet. Wyższy poziom inteligencji emocjonalnej współwystępuje również z szerszą i lepszą jakościowo siecią wsparcia społecznego. Środowisko społeczne oddziałuje na aktywność jednostki (Austin, Saklofske, Egan, 2005; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000; Salovey, Bedell, Detweiler, Mayer, 1999). Osoby, które odznaczają się wyższą inteligencją emocjonalną mają bardziej rozwinięte umiejętności społeczne, wykazują współpracującą postawę oraz nawiązują bardziej satysfakcjonujące i bliższe emocjonalnie relacje z otoczeniem (Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes, Wendorf, 2001). Podobnie, duża dodatnia siła związku występuje pomiędzy: zdolnością do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, spostrzeganym dostępnym wsparciem emocjonalnym i instrumentalnym, radzeniem sobie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze a orientacją na cel. Duża ujemna siła związku zachodzi natomiast pomiędzy najsilniejszym predyktorem - stylem skoncentrowanym na unikaniu a orientacją na cel, gdyż styl ten polega na braku działań zaradczych, więc nie sprzyja wyznaczaniu sobie przez pacjentki celów do realizacji. Kolejno, silny dodatni związek zachodzi pomiędzy zdolnością do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania a pozytywnymi relacjami z innymi ludźmi. W badaniach Wareham, Fowler, Pike (2007) pozytywne relacje społeczne związane były z mniejszym

nasileniem depresji, natomiast udzielane wsparcie emocjonalne czy informacyjne wiązało się z większym nasileniem depresji. Pozytywne interakcje społeczne znacznie malały podczas trwania depresji. Słaba ujemna siła związku występuje pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a pozytywnymi relacjami z innymi ludźmi. Następnie, najsilniejszym predyktorem akceptacji siebie jest zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, co potwierdza dane z literatury, że samoakceptacja opiera się na tendencji do właściwego spostrzegania swoich uczuć, działań i motywacji (Ryff, Singer, 2008). Natomiast słaba ujemna siła związku występuje pomiędzy stylem skoncentrowanym na unikaniu a akceptacją siebie. Wiodącym predyktorem ogólnej samooceny wpływającym dodatnio jest również zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania. Umiejętność korzystania z wiedzy emocjonalnej wydaje się być zatem niezmiernie istotna dla funkcjonowania badanych kobiet. Słabo obniżająco na ogólną samoocenę wpływa natomiast otwartość na zmianę.

Na podstawie przeprowadzonej analizy regresji sformułowano kolejne wnioski:

Wniosek 14: Najważniejszymi predyktorami zdrowienia w obszarze kompetencji społecznych badanych kobiet z depresją jest ogólna inteligencja emocjonalna, aktualnie otrzymywane wsparcie oraz predyktory, takie jak spostrzegane dostępne wsparcie i styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu, których wzrost powoduje obniżenie poziomu kompetencji badanych.

Wniosek 15: Najsilniejszymi predyktorami zdrowienia w obszarze planowości działań są u badanych kobiet: styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich, zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, angażowanie się w czynności zastępcze oraz predyktor silnie wpływający na obniżenie poziomu planowości - styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu.

Wniosek 16: Najważniejszymi predyktorami zdrowienia w zakresie orientacji na cel kobiet badanych są: inteligencja emocjonalna ogólna, zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne i instrumentalne, radzenie sobie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze oraz poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Na obniżenie orientacji na cel kobiet z depresją silnie wpływa styl skoncentrowany na unikaniu.

Wniosek 17: Najsilniejszym predyktorem dobrostanu psychicznego w obszarze pozytywnych relacji z innymi jest zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia

i działania, natomiast obniżająco wpływa na relacje styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu.

Wniosek 18: Najważniejszym predyktorem dobrostanu psychicznego w obszarze akceptacji siebie jest zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania. Predyktorem o ujemnej sile związku jest styl skoncentrowany na unikaniu.

Wniosek 19: Najważniejszym predyktorem ogólnej samooceny badanych kobiet jest zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania. Otwartość na zmianę wywiera słaby ujemny wpływ na ogólną samoocenę.

Część II przeprowadzonych badań

W odpowiedzi na pytanie szóste dotyczące możliwości wyodrębnienia typów pacjentek chorujących na depresję ze względu na określony profil czynników psychologicznych i prezentowanych wartości, które mogłyby sprzyjać procesowi zdrowienia, podjęto próbę ustalenia zróżnicowania badanej grupy chorych kobiet w zakresie wybranych 13 cech indywidualnych, należących do zasobów osobistych człowieka. W badanej grupie, na podstawie analizy klasterowej, wyodrębniono trzy psychologiczne profile kobiet z depresją:

- PROFIL I „Pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym” (51 osób)
- PROFIL II „Pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale przystosowawczym” (73 osoby)
- PROFIL III „Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym” (66 osób)

Pacjentki o wysokim potencjale przystosowawczym są to kobiety o wysokim poczuciu własnej skuteczności, wysokiej inteligencji emocjonalnej, radzące sobie w sposób zadaniowy, otwarte na zmiany i poszukujące kontaktów towarzyskich. Odznaczają się zaangażowaniem w działanie i przekonaniami o możliwości osiągnięcia zamierzonego celu, zdolnością do rozpoznawania własnych uczuć i kierowania nimi oraz zauważania emocji innych ludzi, zdolnością do nawiązywania i utrzymywania dobrych relacji z innymi, niezależnością w myśleniu i działaniu oraz poszukiwaniem wyzwań. Z kolei w sytuacji zaistnienia problemu, kobiety te podejmują wysiłki prowadzące do jego rozwiązania. Dane z licznych badań dowodzą, że wyższy poziom inteligencji emocjonalnej prowadzi do odczuwania większego dobrostanu psychicznego, większego optymizmu i pozytywnego nastroju, wyższego poczucia

własnej wartości oraz większej satysfakcji życiowej (Schutte, Malouff, 2011; Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galan, Salguero, 2011; Gallagher, Vella-Brodrick, 2008; Petrides, Perez-Gonzales, Furnham, 2007; Brackett, Mayer, 2003). Inne badania dowiodły, że osoby o wysokiej inteligencji emocjonalnej są bardziej kompetentne społecznie, mają większe poczucie skuteczności w zakresie pomagania innym oraz ujawniają silniejsze tendencje do zachowań prospołecznych i kooperacyjnych (Matczak, 2007; Charbonneau, Nicol, 2002; Carlo, Knight, Eisenberg, Rotenberg, 1991). Wykazano również, że osoby o większych zdolnościach emocjonalnych chętniej korzystają ze wsparcia społecznego i oceniają je bardziej pozytywnie (Ciarrochi, Deane, Wilson, Rickwood, 2002). Badania Salguero, Extremera, Cabello, Fernández-Berrocal (2015) również wykazały związki pomiędzy kompetencjami emocjonalnymi a depresją - inteligencja emocjonalna jest ujemnie skorelowana z depresją w przypadku kobiet, które posiadają wysoki poziom tej inteligencji. Badania Ciarrochiego, Chan i Caputiego wykazały związek wysokiej inteligencji emocjonalnej z jakością związków międzyludzkich oraz satysfakcją z życia (Kriegelewicz, 2005; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000). Z badań Jankowskiej i Ryś (2011) wynika, że małżonkowie o wysokiej inteligencji emocjonalnej są szczęśliwsi niż pary o niskim jej poziomie oraz że relacje pomiędzy małżonkami są bardziej dojrzałe i prawidłowe w przypadku wysokiej inteligencji emocjonalnej. W kolejnych badaniach empirycznych wysoki poziom inteligencji emocjonalnej związany był z rzadszym doświadczaniem negatywnych relacji z przyjaciółmi oraz z pozytywną oceną swoich relacji z innymi ludźmi (Lopes, Salovey, Straus, 2003). Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej wpływa pozytywnie także na rozwiązywanie trudności pomiędzy bliskimi osobami (Śmieja, Orzechowski, 2008). Kolejne badania ujawniły także, iż osoby o wyższej inteligencji emocjonalnej lepiej oceniają stan swojego zdrowia, a ocena poznawcza schorzenia decyduje o nasileniu stresu. Ponadto wskaźniki inteligencji emocjonalnej dodatnio korelują z akceptacją choroby (Matczak, Knopp, 2013).

Pacjentki o umiarkowanym potencjale przystosowawczym są przeciętnie inteligentne emocjonalnie, o umiarkowanej skuteczności i średniej otwartości na zmiany oraz o unikowym stylu radzenia sobie. Kobiety te stawiają sobie umiarkowanie trudne cele oraz inwestują średnią ilość wysiłku w ich realizację, umiarkowanie panują nad emocjami i posiadają przeciętną zdolność do spostrzegania czy wyrażania emocji oraz radzenia sobie ze smutkiem. W przeciętnym stopniu unikają podejmowania działań zaradczych w sytuacjach stresowych i angażują się wówczas w inne zadania lub bezstresowe aktywności. Wykazują

przeciętną niezależność w myśleniu i działaniu, umiarkowanie poszukując wyzwań i nowości. Doniesienia z badań ujawniły dodatnią zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a popularnością i statusem społecznym, aktywnością społeczną oraz ilością związków interpersonalnych i satysfakcją z nich (Lopes, Salovey, Straus, 2003; Van der Zee, Thijs, Schakel, 2002). Z kolei badania Ciarrochiego, Chan i Bajgar udowodniły zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a jakością bliskich relacji, a także ilością otrzymywanego wsparcia społecznego oraz satysfakcją z niego (Kriegelewicz, 2005; Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001). Związek pomiędzy inteligencją emocjonalną i spostrzeganą jakością związków międzyludzkich stwierdzili w swoich badaniach również Lopes, Salovey i Straus (2003). Niektórzy autorzy przyjmują, że inteligencja emocjonalna wpływa na pozytywną ocenę swoich możliwości oraz szans powodzenia własnych działań. Badania wykazały korelacje pomiędzy samooceną a inteligencją emocjonalną (Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001; Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000). Przeprowadzane dotychczas badania wykazały, że osoby inteligentne emocjonalnie efektywniej radzą sobie ze stresem, stosując korzystniejsze strategie aktywne. Inteligencja emocjonalna pozytywnie koreluje ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu, natomiast ujemnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach (Jaworowska, Matczak, 2008; Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2009; Hunt, Evans, 2004; Gardner, 2003; Matthews, Zeidner, Roberts, 2002; Nikolaou, Tsaousis, 2002; Salovey, Stroud, Woolery, Epel, 2002). Zdolności emocjonalne osoby, zarówno rzeczywiste, jak i postrzegane, w znaczący sposób wpływają na obniżenie poziomu objawów depresyjnych (Williams, Daley, Burnside, Hammond-Rowley, 2009; Extremera, Fernández-Berrocal, Salovey, 2006; Goldenberg, Matheson, Mantler, 2006). Badania Nolidin, Downey, Hansen, Schweitzer, Stoug (2013), Sulaiman (2013), Inglese (2012) oraz Hansenne, Bianchi (2009) ukazały pozytywną korelację pomiędzy inteligencją emocjonalną a psychologicznym przystosowaniem oraz adaptacyjną wartością inteligencji emocjonalnej w celu utrzymania i promowania zdrowia psychicznego jednostki. Inteligencja emocjonalna jest zatem istotnym czynnikiem prognostycznym ryzyka depresji.

Pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym charakteryzują się niskim poczuciem własnej skuteczności, niską inteligencją emocjonalną, są wysoce zachowawcze, w niskim stopniu otwarte na zmiany i radzące sobie poprzez koncentrację na emocjach. Pacjentki te charakteryzuje niskie przekonanie o własnej skuteczności, słaba znajomość własnych emocji oraz słaba zdolność kierowania nimi, trudności w utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi. Posiadają skłonność do koncentrowania się na sobie

i własnych przeżyciach emocjonalnych, zamiast poszukiwania rozwiązania problemu czy odwracania uwagi od problemów poprzez angażowanie się w inne zajęcia. Wykazują także znaczną niechęć do zmian oraz istotna jest dla nich potrzeba bezpieczeństwa. Badania Batool, Khalid (2009) wykazały, że osoby o niższym poziomie inteligencji emocjonalnej są bardziej podatne na depresję. Poczucie własnej wartości czy samoakceptacja uważane są za niemalże wchodzące w skład inteligencji emocjonalnej (Petrides, Furnham, 2001; Bar-On, 1997, 2000). Wyniki badań pokazują, że istnieje statystycznie istotna ujemna korelacja pomiędzy inteligencją emocjonalną a poziomem depresji u osób badanych (Kirk, Schutte, Hine, 2008). Badania Zoromba, Abdellatif, Hussien, Hamed (2014) wykazały znaczną ujemną korelację między poziomem depresji a ekspresją pozytywnych emocji, odczuwaniem radości, podejmowaniem decyzji oraz empatią. Depresja wyraża pesymizm, negatywne emocje i niezadowolenie z życia. W związku z powyższym, jeżeli inteligencja emocjonalna jest wysoka, osoba ma większą możliwość poradzenia sobie z depresyjnymi uczuciami niż w przypadku niskiej emocjonalnej inteligencji, co potwierdzają badania Luque-Reca, Augusto-Landa, Pulido-Martos (2016). Badania Bracketta, Warnera i Bosco dowiodły z kolei, że pary o niskim poziomie inteligencji emocjonalnej odczuwają mniejszą satysfakcję ze związku (Śmieja, Orzechowski, 2008; Brackett, Warner, Bosco, 2005). Zauważono związek pomiędzy umiejętnościami kierowania emocjami a depresją i wykazano istnienie deficytów w rozpoznawaniu emocji u pacjentów chorujących na depresję. Zdolność do zarządzania emocjami i ich kontrolowania była powiązana z nasileniem depresji - znaczące deficyty w zdolnościach do rozpoznawania i wyrażania emocji, kontrolowania silnych emocji oraz w zarządzaniu pozytywnymi i negatywnymi emocjami okazały się ważnymi czynnikami związanymi z depresją (Austin, Saklofske, Egan, 2005; Gannon, Ranzijn, 2005; Ślaski, Cartwright, 2003; Ciarrochi, Deane, Anderson, 2002; Schutte, Malouff, Simunek, McKinley, Hollander, 2002; Dawda, Hart, 2000; Bar-On, 1997; Martinez-Pons, 1997; Mikhailova, Vladimirova, Iznak, Tsusulkovskaya, Sushko, 1996; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, Palfai, 1995; Goleman, 1995; Salovey, Mayer, 1990).

Na podstawie przeprowadzonej analizy skupień sformułowano następujące wnioski:

Wniosek 20: Pacjentki o Profilu I są to osoby o wysokiej skuteczności i inteligencji emocjonalnej, poszukujące kontaktów towarzyskich oraz otwarte na zmiany.

Wniosek 21: Pacjentki o Profilu II są to kobiety o przeciętnej skuteczności i inteligencji emocjonalnej, o unikowym stylu radzenia sobie poprzez angażowanie się w czynności zastępcze oraz o umiarkowanej otwartości na zmiany.

Wniosek 22: Pacjentki o Profilu III są to osoby o niskiej skuteczności i inteligencji emocjonalnej, wysokiej zachowawczości, stylu radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach oraz mniej otwartości na zmiany.

W ramach szóstego pytania badawczego (6.1.) dokonano charakterystyki demograficznej kobiet z depresją o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach. Średnia wieku pacjentek o Profilu I wyniosła 52 lata, pacjentek o Profilu II: 56 lat, natomiast kobiet o Profilu III: 59 lat. Wśród badanych o Profilu I i II najwięcej osób posiada wykształcenie średnie: 60,78% i 61,64%, co odróżnia je od kobiet o Profilu III, które posiadają w przeważającej liczbie wykształcenie zawodowe (66,67%). Istotną zmienną różnicującą kobiety o określonym profilu psychologicznym pod względem danych socjodemograficznych jest również status zawodowy. Wśród pacjentek o Profilu I najwięcej kobiet pracuje (56,86), natomiast w przypadku kobiet z depresją o Profilu II pracuje 30,14% pacjentek. Pacjentki o Profilu I i II wykazują zatem aktywność zawodową, co odróżnia je od pacjentek o Profilu III, które w ogóle nie wykonują pracy zawodowej. Najwięcej emerytowanych kobiet jest natomiast w grupie o Profilu III (46,97%), następnie w grupie o Profilu II (31,51%) oraz najmniej o Profilu I (19,61%). Wyniki te wydają się spójne z wyselekcjonowanymi typami profili badanych kobiet.

W celu udzielenia odpowiedzi na szóste pytanie badawcze (6.2.) badane pacjentki o określonych typach profili zostały scharakteryzowane pod względem sytuacji rodzinnej. Pod względem stanu cywilnego widoczne jest zróżnicowanie pomiędzy Profilem I i II a Profilem III. Wśród pacjentek o Profilu I przeważającą liczbę stanowią kobiety zamężne (74,51%), podobnie jak w przypadku badanych o Profilu II – 63,01% kobiet. Wśród pacjentek o Profilu III 27,27% kobiet jest zamężnych, pozostałe to wdowy (31,82%) oraz kobiety pozostające w związku nieformalnym (24,24%). Wyraźna jest zatem dysproporcja w zakresie możliwości korzystania przez pacjentki o Profilu I i II oraz przez pacjentki o Profilu III ze wsparcia ze strony mężów. Możliwość uzyskiwania wsparcia jest niezmiennie istotna dla kobiet chorujących na depresję. Niezależnie od typu profilu najwięcej pacjentek posiada dwoje lub jedno dziecko. Dzieci mogą stanowić źródło wsparcia dla 73,47% kobiet

o Profilu I, dla 85,51% pacjentek o Profilu II oraz dla 93,44% kobiet o Profilu III. Rodzina jest systemem opiekuńczym, w którym z czasem ustaliły się role, oczekiwania i podstawowe wyobrażenia na temat wzajemnej pomocy. Rodzina jako system wzajemnych świadczeń zabezpieczających egzystencję i rozwój wszystkich elementów systemu, stoi przed zadaniem opiekowania się chorym i zaspokajania jego potrzeb, pełniąc równocześnie inne obowiązki w pracy i w domu. Choroba osłabia ten system i wymusza modyfikację interakcji pomiędzy członkami rodziny. Przez długi czas indywidualne potrzeby wszystkich członków rodziny są pomijane, gdyż każdy zmaga się z napięciem i niepewnością (Papolos, Papolos, 1998). Wobec pacjentek depresyjnych rodziny mogą przyjmować postawę prawidłową lub też nadmiernie ochraniającą, nadmiernie wymagającą, unikającą, bądź odrzucającą (Kwiecień, Leśniak, 1999).

Następnie scharakteryzowano wyróżnione grupy pacjentek pod względem przebiegu leczenia, w celu udzielenia odpowiedzi na szóste pytanie badawcze (6.3.). Podsumowując niektóre charakterystyki, w zakresie wiedzy o depresji posiada ją zdecydowana większość pacjentek o Profilu I (96,08%), jak i o Profilu II (95,89%), co może być czynnikiem obniżającym poziom lęku oraz sprzyjającym angażowaniu się w proces leczenia. Natomiast wśród kobiet o Profilu III wiedzę posiada 50,00% badanych. Pacjentki niezależnie od profilu najczęściej czerpały wiedzę o depresji z gazet, a pacjentki o Profilu I i II także z internetu. Pacjentki o wysokim potencjale przystosowawczym w 100% brały aktywny udział w leczeniu, co może wpływać na zwiększenie efektywności ich zdrowienia, w porównaniu do 76,71% kobiet o umiarkowanym potencjale przystosowawczym oraz 27,27% badanych o niskim potencjale przystosowawczym.

W celu udzielenia odpowiedzi na szóste pytanie badawcze (6.4.) podjęto się określenia poziomu wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych profili psychologicznych kobiet na początku leczenia. Badanie przeprowadzone na początku leczenia w zakresie tworzonych i realizowanych planów wykazało, że pacjentki o Profilu I prezentują przeciętny poziom planowania działań, umiarkowanie się w nie angażują, natomiast nie unikają działań ze względu na obawy przed niepowodzeniem. Orientacja na cel i planowość stanowią elementy efektywnej kontroli działania, która sprzyja skuteczności w realizowaniu celów (McGregor, Little, 1998) i u badanych kobiet jest na poziomie przeciętnym. Na podstawie badania pacjentek o Profilu I w zakresie dobrostanu psychicznego uzyskano wysokie wyniki

w zakresie akceptacji siebie, panowania nad środowiskiem, rozwoju osobistego oraz posiadania życiowego celu. Można wnioskować, że pacjentki te pomimo choroby zachowują wysokie poczucie kontroli nad otoczeniem, akceptują siebie, mają poczucie samorozwoju i posiadania celu w życiu. Relacje tych kobiet z innymi ludźmi są umiarkowanie pozytywne na początku podjętego leczenia. Poziom zadowolenia z życia pacjentek jest natomiast ogólnie wysoki, zatem może stanowić źródło ich poczucia sensu życia. Badanie przeprowadzone w zakresie samooceny na początku leczenia wykazało, że badane kobiety o Profilu I prezentują wysoką samoocenę, poczucie, iż bliskim osobom na nich zależy oraz wysoką integrację tożsamości, pomimo doświadczania choroby. Ich samokontrola i poczucie własnej atrakcyjności są natomiast na poziomie przeciętnym. Ogólne odczucia wobec własnej osoby są jednak u tych pacjentek pozytywne. Ogólna samoocena stanowi sumę wszystkich samowartościujących odczuć (O'Brien, Epstein, 2009).

Badanie pacjentek z depresją o Profilu II przeprowadzone w zakresie realizowanych planów ujawniło, że kobiety te w przeciętnym stopniu planują własną aktywność i w umiarkowanym stopniu unikają niepowodzeń. Rozważny i planowy stosunek do własnej aktywności stanowi ważny czynnik wpływający na skuteczną realizację celów (Kadzikowska-Wrzosek, 2011). Zmienne dobrostanu psychicznego u pacjentek o Profilu II wskazują na doświadczanie pozytywnych emocji na średnim poziomie oraz niski poziom negatywnych nastrojów na przeciętnym poziomie. Dobrostan jest szerokim pojęciem, w przypadku pacjentek o Profilu II obejmuje doświadczanie pozytywnych emocji na średnim poziomie oraz negatywnych nastrojów na przeciętnym poziomie (Diener, Lucas i Oishi, 2004). Pacjentki o Profilu II w badaniu samooceny otrzymały wyniki zróżnicowane, wskazujące, iż czują się przeciętnie utalentowane i średnio zdolne do opanowania nowych zadań, czują się średnio akceptowane przez innych oraz w przeciętnym stopniu potrafią wpływać na zachowania i opinie innych ludzi. Badane kobiety mogą być średnio zadowolone z wyznawanych przez siebie wartości, mogą w przeciętnym stopniu odczuwać wewnętrzną spójność i integrację różnych aspektów osobowości oraz charakteryzują się umiarkowanie adekwatnym poczuciem własnej wartości. Wyniki wskazują na samokrytykę badanych kobiet, a także na ich małe zaangażowanie w aktywność fizyczną. Samoocena stanowi system przekonań i opinii człowieka, dotyczących posiadanych cech oraz możliwości własnej osoby (Adamus, 2004).

Kobiety z depresją o Profilu III na początku leczenia prawdopodobnie nie planują swoich działań i nie angażują się w nie, a także nie poszukują wsparcia ze strony innych osób

podczas realizacji zadań i nie wytyczają sobie celów do realizacji, natomiast w wysokim stopniu unikają porażek. Realizacja osobiście ważnych dążeń i skuteczność w osiąganiu celów stanowią czynniki istotnie przyczyniające się do wzrostu poczucia dobrostanu (McGregor, Little, 1998). U pacjentek z depresją o Profilu III dobrostan psychiczny na początku leczenia jest na niskim poziomie, podobnie jak samoakceptacja i poziom pozytywnych relacji z ludźmi. Dobrostan psychiczny jest głównym źródłem satysfakcji życiowej, której pacjentki o Profilu III prawdopodobnie nie odczuwają (Diener, Lucas i Oishi, 2004). Można wnioskować, że kobiety o Profilu III chorujące na depresję odczuwają niski poziom dobrostanu psychicznego na skutek utrzymującej się choroby i wycofania z życia. W psychologii zdrowia podkreślane są związki symptomów depresji i lęku z niskim poziomem jakości życia, potwierdzone przez badania Angermeyer, Holzinger, Matschinger, Stengler-Wenzke, 2002; Lane, Carroll, Ring, Beevers, Lip, 2000. Na poziomie psychologicznym dobrostan związany jest ze sposobem myślenia o otaczającym świecie i swoim życiu, a zatem ze stosowaniem stylów poznawczych (Krok, 2009). Bardzo niskie są wyniki pacjentek o Profilu III w zakresie ogólnej samooceny, samokontroli czy umiejętności wywierania wpływu na innych. Pacjentki te czują się fizycznie nieatrakcyjne, odczuwają konflikt pomiędzy różnymi aspektami swojej osobowości i może brakować im poczucia własnej tożsamości. Pacjentki są bardzo samokrytyczne, niezadowolone z siebie, swojej przeszłości oraz negatywnie ustosunkowane do przyszłości, co mogłoby potwierdzać występowanie triady depresyjnej Becka u tych badanych. Osoby o niskiej samoocenie są to ludzie, u których istnieje duża rozbieżność pomiędzy ja realnym a ja idealnym. Ten rodzaj samooceny w znacznym stopniu ogranicza aktywność jednostki (Wosik-Kawala, 2007).

Na podstawie przeprowadzonych analiz można sformułować kolejne wnioski:

Wniosek 23: Pacjentki o Profilu I w umiarkowanym stopniu planują swoje działania na początku leczenia.

Wniosek 24: Pacjentki o Profilu I, mimo choroby, zachowują wysokie poczucie dobrostanu psychicznego, kontroli nad otoczeniem, akceptacji siebie oraz poczucie posiadania w życiu celu i samorozwoju na początku podjętego leczenia.

Wniosek 25: Pacjentki o Profilu I prezentują na początku leczenia wysoką samoocenę oraz integrację tożsamości.

Wniosek 26: Kobiety o Profilu II prezentują na początku leczenia przeciętny poziom planowości własnych działań, podobnie jak pacjentki o Profilu I.

Wniosek 27: Poczucie dobrostanu psychicznego pacjentek o Profilu II jest na początku leczenia na poziomie przeciętnym.

Wniosek 28: Badane kobiety o Profilu II przejawiają obniżoną samoocenę oraz mogą mieć trudności z osiąganiem celów ze względu na brak samodyscypliny.

Wniosek 29: Pacjentki o Profilu III w niskim stopniu planują swoje działania i wyznaczają cele na początku leczenia, natomiast w wysokim stopniu unikają porażek.

Wniosek 30: Kobiety o Profilu III prezentują niski poziom dobrostanu psychicznego, samoakceptacji i pozytywnych relacji z ludźmi na początku leczenia.

Wniosek 31: Badane pacjentki o Profilu III przejawiają bardzo niską ogólną samoocenę i samokontrolę.

W celu udzielenia odpowiedzi na siódme pytanie badawcze dokonano analiz czy pacjentki o określonym profilu korzystają ze wsparcia społecznego. W zakresie wsparcia społecznego pacjentki o Profilu I uzyskały wyniki przeciętne w obszarze wsparcia spostrzeganego, aktualnie otrzymywanego oraz zapotrzebowania na wsparcie. Kobiety te jednakże w wysokim stopniu poszukują wsparcia poprzez interakcję z innymi ludźmi, a są to pacjentki o wysokim poczuciu własnej skuteczności, angażujące się w działanie. Wsparciu społecznemu przypisuje się zazwyczaj pozytywne funkcje. Bogata literatura z zakresu stresu i radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych dostarcza licznych dowodów empirycznych, które potwierdzają pożądaną rolę wsparcia (Kirenko J, Byra, 2008; Kirenko, 2002). Według Dunkel-Schetter i Bennett (1990) oraz Bennett (1992) spostrzegane dostępne wsparcie bezpośrednio wpływa na zdrowie i dobrostan, niezależnie od czynników sytuacyjnych. W badaniach De Leeuw, De Graeff, Ros, Blijham, Hordijk, Winnubst (2000, 2001) spostrzegane dostępne wsparcie było związane z niższym poziomem depresji wśród pacjentów z chorobą nowotworową, podczas gdy zależności takich nie stwierdzono dla wsparcia otrzymywanego. Według Prenda, Lachman (2001) poziom spostrzeganego dostępnego wsparcia jest wyższy u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety częściej także poszukują wsparcia społecznego niż mężczyźni (Enzlin, Mathieu, Van den Bruel, Bosteels, Vanderschueren, Demyttenaere, 2002; Lutzky, Knight 1994). Wykazano, że wspierające relacje nie tylko poprawiają zdrowie jednostek, ale pomagają uniknąć problemów zdrowotnych, zapewniają wyższe zadowolenie z życia oraz chronią przed negatywnymi skutkami stresu poprzez wzmocnienie mechanizmu radzenia sobie ze stresem. Pozytywnie wpływają również na objawy depresyjne (Albal, Kutlu, 2010). Badania Albal, Kutlu, (2010)

wykazały, że spostrzegane wsparcie społeczne stanowi ważny czynnik w rozwoju i utrzymywaniu się depresji. Badanie to wykazało, że poziom poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z depresją zwiększył się w związku ze wzrostem poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego.

W przypadku kobiet z depresją o Profilu II uzyskane wyniki wskazują na średni poziom wsparcia społecznego. Pacjentki te również poszukują wsparcia na poziomie przeciętnym. Wsparcie spostrzegane, które wyraża się w przekonaniu osoby o dostępności sieci wsparcia mogącej udzielić jej pomocy, odgrywa istotną rolę w uzyskiwaniu dobrostanu psychofizycznego osoby oraz jej efektywnego radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami (Komproue, Rijken, Ros, Winnubst, Hart, 1997). Inne badania dowiodły z kolei, że dostępne wsparcie prowadzi do zmniejszenia depresyjnych objawów. Podczas, gdy dostępność wsparcia wydawała się być korzystna niezależnie od sytuacji, wpływ otrzymywanego wsparcia był niejednoznaczny. Stwierdzono, że dostępność wsparcia powinna być dostosowana do potrzeb indywidualnego pacjenta (De Leeuw, De Graeff, Ros, Hordijk, Blijham, Winnubst, 2000). W przypadku osób chorych somatycznie wsparcie społeczne już w momencie diagnozy stanowi predyktor pojawienia się po zakończeniu leczenia bólu, objawów depresji i stanu zapalnego. W związku z tym wczesne interwencje związane z zapewnieniem choremu wsparcia społecznego mogą poprawić jakość życia podczas odzyskiwania zdrowia (Nausheen, Gidron, Peveler, Moss-Morris, 2009). Sama nawet przynależność do struktury społecznej zwiększa u pacjentów poziom odczuwanego dobrostanu, a także stanowi źródło stabilności, poczucia przewidywalności i pozytywnych doświadczeń emocjonalnych, a jednocześnie sprzyja poczuciu bezpieczeństwa (Chrapek, 2016).

Pacjentki o Profilu III uzyskały niskie wyniki w zakresie spostrzeganego dostępnego wsparcia i poszukiwania wsparcia, natomiast przeciętne wyniki pod względem zapotrzebowania na wsparcie, wsparcia otrzymywanego oraz buforująco-ochronnego. Dotychczasowe badania wskazują, że istnieje ujemna korelacja pomiędzy depresją i wsparciem społecznym oraz że depresja może ulec zmniejszeniu pod wpływem większego wsparcia społecznego. Stwierdzono również, że wsparcie społeczne wpływa na postrzeganie własnej skuteczności, a pośrednio poprawia zdrowie i poczucie dobrostanu jednostek (Knowlton, Latkin, 2007). Niski poziom wsparcia społecznego zwiększa ryzyko rozwoju objawów depresyjnych. Zdrowiejący pacjenci posiadający niższy poziom wsparcia społecznego przed rozpoczęciem leczenia doświadczają wyższego poziomu bólu

i depresyjnych objawów niż pacjenci bardziej wspierani społecznie (Hughes, Jaremka, Alfano i in., 2014; Nausheen, Gidron, Peveler, Moss-Morris, 2009; Dantzer, O'Connor, Freund, Johnson, Kelley, 2008). W badaniach Wareham, Fowler, Pike (2007) pozytywne relacje społeczne jednostki związane były z mniejszym nasileniem depresji, natomiast udzielane wsparcie emocjonalne czy informacyjne wiązało się z większym nasileniem depresji. Pozytywne interakcje społeczne znacznie malały podczas trwania depresji. W kolejnych badaniach wykazano, że pacjenci postrzegali swoje rodziny i ważne osoby w ich życiu jako źródła większego wsparcia społecznego niż znajomi. Kiedy przeanalizowano wyniki różnych badań zauważono, że niski poziom wsparcia społecznego może być czynnikiem ryzyka depresji, podczas gdy obecność wsparcia społecznego może zmniejszać ryzyko wystąpienia depresji poprzez redukcję skutków sytuacji stresowych (Albal, Kutlu, 2010; Wareham, Fowler, Pike, 2007; Fiori, McIlvane, Brown, 2006).

Na podstawie powyższych badań sformułowano następujące wnioski:

Wniosek 32: Wysoki poziom poszukiwania wsparcia przez pacjentki o Profilu I, dający szansę na uzyskanie wsparcia, może sprzyjać leczeniu oraz procesowi zdrowienia tych kobiet.

Wniosek 33: Pozytywny wpływ wsparcia na powrót do zdrowia pacjentek o Profilu II jest średnio nasilony.

Wniosek 34: Pacjentki o Profilu III, spostrzegając niewielkie dostępne wsparcie, mogą nie starać się go poszukiwać, zwłaszcza że posiadają średnie zapotrzebowanie na wsparcie.

Wniosek 35: Żaden z wyróżnionych profili kobiet z depresją nie dysponuje wysokim poziomem dostępnego czy otrzymywanego wsparcia, w związku z czym pacjentki nie doświadczają wysoce pozytywnego wpływu wsparcia na podejmowanie zachowań prozdrowotnych i proces odzyskiwania zdrowia. Wykluczyć można także niekorzystny wpływ nadmiernego wsparcia społecznego, wzmacniającego bierność pacjentek.

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie siódme (7.1.), dotyczącego różnic w otrzymywanym wsparciu pomiędzy wyróżnionymi typami pacjentek chorujących na depresję, autorka przeprowadziła jednoczynnikową analizę wariancji. W poziomie skal wsparcia społecznego obecne są istotne różnice w zależności od profilu. Nie ma natomiast istotnych różnic pomiędzy profilami pacjentek w zakresie zapotrzebowania na wsparcie. Dla porównania, w badaniach empirycznych Rintala, Young, Hart, Clearman, Fuhrer (1992) osoby doznające większego wsparcia oraz usatysfakcjonowane jego ilością i jakością, wskazywały na wyższe zadowolenie z życia, cechowały się również lepszym fizycznym

dobrostanem, w porównaniu do osób o niższych parametrach w zakresie otrzymywanej pomocy.

Następnie została przeprowadzona szczegółowa analiza testem post-hoc LSD dla wykazania różnic w zakresie wsparcia społecznego w zależności od określonego typu pacjentek depresyjnych. Testy wykazały, że zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu, za wyjątkiem zapotrzebowania na wsparcie. Z kolei w zakresie wsparcia buforująco-ochronnego zachodzą istotne różnice pomiędzy Profilem I i Profilem III oraz Profilem II i Profilem III.

Na podstawie przeprowadzonych analiz sformułowano kolejne wnioski:

Wniosek 36: Zachodzą istotne różnice w poziomie wsparcia społecznego w zależności od profilu psychologicznego pacjentek. Poza skalą zapotrzebowanie na wsparcie wszystkie zmienne istotnie się różnią.

Wniosek 37: Zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu w zakresie wsparcia społecznego, za wyjątkiem zapotrzebowania na wsparcie.

Ósme pytanie badawcze (8.1.) dotyczyło poziomu wskaźników zdrowienia dla wyróżnionych typów pacjentek depresyjnych po zastosowanym leczeniu. Badanie miało również na celu wykazanie zaistniałych zmian w poziomie wskaźników zdrowienia. Pacjentki o Profilu I prezentują przeciętny poziom kompetencji społecznych, czyli dyspozycji, która warunkuje efektywność funkcjonowania w sytuacjach społecznych. Kompetencje pacjentek wiążą się także ze średnią umiejętnością realizowania własnych celów w sposób akceptowany społecznie. Wszystkie wyniki wskazują na średnie umiejętności w zakresie funkcjonowania pacjentek o Profilu I w sytuacjach społecznych. Badanie kontrolne w zakresie tworzonych i realizowanych planów ujawniło u pacjentek o Profilu I wysoki poziom planowości działań, zorientowania na cel oraz bogactwa treści życia. Unikanie porażek jest natomiast na niskim poziomie. Pacjentki te zarówno przed, jak i po zastosowanym leczeniu, nie unikają działań w obawie przed niepowodzeniem, co ma znaczenie pozytywne dla ich powrotu do zdrowia. Badanie kontrolne dobrostanu psychicznego u pacjentek o Profilu I po przeprowadzonym leczeniu wykazało wysokie wyniki. W porównaniu do badania na początku leczenia, wzrósł poziom samodzielności i niezależności w decydowaniu o sobie pacjentek, a także poziom pozytywnych relacji z innymi. Badanie samooceny po przeprowadzonym leczeniu wykazało u pacjentek o Profilu I wyniki wysokie w przeważającej liczbie skal. Pacjentki prezentują wysokie zadowolenie z siebie i pewność siebie, czują się kochane i akceptowane, pozostają

w dobrych relacjach z innymi. Charakteryzuje je natomiast obronnie zawyżone poczucie własnej wartości. Nastąpił wzrost wyników w skali kompetencji, zdolności przywódcze oraz witalność w porównaniu do badania przeprowadzonego na początku leczenia.

Pacjentki o Profilu II prezentują niskie oraz przeciętne wyniki w zakresie kompetencji społecznych. Kobiety z depresją o Profilu II przejawiają niski poziom umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych, niskie kompetencje dotyczące sytuacji związanych z byciem w centrum uwagi oraz w zakresie wywierania wpływu na innych ludzi. Posiadają natomiast przeciętne kompetencje w sytuacjach bliskich kontaktów interpersonalnych. U pacjentek o Profilu II po zastosowaniu leczenia poziom dobrostanu psychicznego uległ zmianie na wysoki w zakresie dwóch zmiennych: rozwój osobisty i cel życiowy. W pozostałych skalach dobrostan utrzymał się na poziomie średnim. W zakresie samooceny pacjentek o Profilu II po zastosowanym leczeniu wyniki są wyższe niż na początku leczenia i wskazują na umiarkowane zadowolenie pacjentek z siebie i ze swojego wyglądu oraz przeciętny zasób sił witalnych. Utrzymuje się natomiast problem z samodyscypliną oraz trudności badanych kobiet z określaniem celów i panowaniem nad swoimi emocjami.

Pacjentki o Profilu III wykazują niskie kompetencje społeczne w sytuacjach związanych z doświadczaniem bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem, w sytuacjach związanych z byciem obiektem potencjalnej oceny wielu osób, a także w zakresie realizowania własnych celów poprzez wywieranie wpływu na inne osoby. W kwestii realizowanych planów wyniki pacjentki o Profilu III uległy zmianie w przypadku zmiennej unikanie porażek, które uległo zmniejszeniu. Pozostałe wyniki utrzymały się na poziomie przeciętnym, jak szczegółowość planowania albo na niskim, jak w zakresie planowania, realizacji celów czy bogactwa treści życia. Dobrostan psychiczny pacjentek o Profilu III po zastosowanym leczeniu utrzymuje się na niskim poziomie, podobnie jak ich samoakceptacja czy satysfakcja z relacji z innymi ludźmi. Badane nie odczuwają satysfakcji z siebie, brakuje im wyraźnych celów i sensu życia, pesymistycznie postrzegają przyszłość, co może być odzwierciedleniem utrzymującej się triady depresyjnej Becka. W zakresie samooceny pacjentek o Profilu III po leczeniu odnotowano nieznaczny wzrost wyników z bardzo niskich na niskie odnośnie samokontroli, samoakceptacji moralnej i witalności badanych. Pozostałe wyniki także są niskie. Kobiety te mogą mieć trudności z określaniem celów i doprowadzaniem rozpoczętych zadań do końca oraz z kontrolą swoich emocji, są bardzo samokrytyczne, niezadowolone z siebie, a w przyszłości również oczekują porażek, co silnie wiąże się z depresją i triadą Becka.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można sformułować następujące wnioski:

Wniosek 38: Pacjentki o Profilu I odznaczają się przeciętnymi kompetencjami społecznymi.

Wniosek 39: Pacjentki o Profilu I prezentują po zastosowanym leczeniu wysoki poziom planowości działań, zorientowania na cel oraz bogactwa treści życia, natomiast niski poziom unikania porażek.

Wniosek 40: Pacjentki o Profilu I prezentują wysoki poziom zadowolenia ze swojego życia we wszystkich aspektach dobrostanu psychicznego po zastosowanym leczeniu.

Wniosek 41: Pacjentki o Profilu I wykazują wysoki poziom w przeważającej liczbie skal samooceny po zastosowanym leczeniu.

Wniosek 42: Pacjentki o Profilu II odznaczają się niskimi oraz przeciętnymi kompetencjami społecznymi.

Wniosek 43: Pacjentki o Profilu II prezentują średni poziom realizowanych planów po zastosowanym leczeniu oraz wysoki poziom bogactwa treści życia.

Wniosek 44: Pacjentki o Profilu II ujawniają po zastosowanym leczeniu wysoki oraz średni poziom skal dobrostanu psychicznego.

Wniosek 45: Pacjentki o Profilu II odznaczają się średnim lub obniżonym poziomem w zakresie skal samooceny po zastosowanym leczeniu.

Wniosek 46: Pacjentki o Profilu III wykazują niską efektywność funkcjonowania w sytuacjach życiowych o charakterze społecznym.

Wniosek 47: Pacjentki o Profilu III po zastosowanym leczeniu nadal nie planują swoich działań i realizują niewiele celów, w mniejszym stopniu unikają natomiast trudnych zadań i mniej obawiają się porażek.

Wniosek 48: Pacjentki o Profilu III po zastosowanym leczeniu ponownie odznaczają się niskim poziomem dobrostanu psychicznego, natomiast średnim poziomem panowania nad środowiskiem.

Wniosek 49: Pacjentki o Profilu III po leczeniu nadal prezentują niski poziom samooceny we wszystkich jej aspektach.

W celu udzielenia odpowiedzi na ósme pytanie badawcze dotyczące zmiennych stanowiących czynniki efektywnego zdrowienia w grupach wyodrębnionych typów pacjentek autorka dokonała porównania profili pacjentek pod względem poziomu średnich (M) wskaźników zdrowienia. Spośród trzech wyróżnionych profili psychologicznych kobiet najwyższym poziomem wskaźników zdrowienia odznaczają się pacjentki z depresją

o wysokim potencjale przystosowawczym – Profil I. Posiadane przeciętne kompetencje społeczne mogą pozwalać pacjentkom o Profilu I pozyskiwać wsparcie, a także korzystać ze wsparcia oferowanego przez otoczenie i nawiązywać poprawne relacje z innymi ludźmi. Badane planują swoje działania, lecz w umiarkowanie szczegółowy sposób, stawiają sobie cele do realizacji, co nadaje sens ich życiu oraz w niskim stopniu unikają porażek. Pacjentki o Profilu I przejawiają wysoki poziom zadowolenia z życia i wysoką samoakceptację. Ogólna samoocena tych kobiet jest również wysoka. Efektywność zdrowienia w przypadku pacjentek o Profilu I jest największa, prawdopodobnie za sprawą najwyższego potencjału przystosowawczego na początku leczenia, czyli czynników takich, jak: wysokie poczucie własnej skuteczności, wysoka inteligencja emocjonalna, radzenie sobie w sposób zadaniowy i poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich, otwartość na zmiany.

Pacjentki z depresją o Profilu II odznaczają się przeciętnym poziomem wskaźników zdrowienia. Ogólne kompetencje społeczne tych pacjentek są niskie, natomiast przeciętne w bliskich kontaktach interpersonalnych. Dążenia osobiste oraz plany pacjentek są na średnim poziomie, podobnie jak samoakceptacja, zadowolenie z życia, ogólna samoocena, poczucie akceptacji ze strony bliskich oraz innych ludzi. Obniżona jest natomiast wytrwałość w osiąganiu celów oraz panowanie nad swoimi emocjami. W przypadku pacjentek o Profilu II umiarkowany potencjał przystosowawczy na początku leczenia, czyli czynniki, takie jak: przeciętna inteligencja emocjonalna, umiarkowana skuteczność, średnia otwartość na zmiany oraz o unikowy styl radzenia sobie, prawdopodobnie wpłynął na średnią efektywność ich zdrowienia.

Pacjentki o Profilu III odznaczają się niskim poziomem wskaźników zdrowienia. Kompetencje społeczne tych pacjentek są również na poziomie niskim, podobnie jak ich dążenia osobiste i plany. Na niskim poziomie kształtuje się także dobrostan psychiczny tych kobiet, ich samoakceptacja, zadowolenie ze swojego życia oraz relacji z innymi ludźmi. Ogólna samoocena tych pacjentek jest natomiast bardzo niska. Można na tej podstawie wnioskować o niskiej efektywności zdrowienia pacjentek o Profilu III oraz utrzymywaniu się depresji ze względu na czynniki takie, jak: niskie poczucie własnej skuteczności, niska inteligencja emocjonalna, wysoka zachowawczość, niska otwartość na zmiany oraz radzenie sobie poprzez koncentrację na emocjach.

Na podstawie powyższych analiz sformułowano kolejne wnioski:

Wniosek 50: Najwyższym poziomem wskaźników zdrowienia odznaczają się pacjentki o wysokim potencjale przystosowawczym – Profil I.

Wniosek 51: Przeciętnym poziomem wskaźników zdrowienia charakteryzują się pacjentki o umiarkowanym potencjale przystosowawczym – Profil II.

Wniosek 52: Pacjentki o niskim potencjale przystosowawczym – Profil III – odznaczają się najniższym poziomem wskaźników zdrowienia ze wszystkich wyróżnionych profili psychologicznych kobiet.

Wniosek 53: Typ profilu psychologicznego kobiet chorujących na depresję odpowiada poziomowi większości wskaźników zdrowienia badanych pacjentek.

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze ósme (8.2.) dotyczące różnic w poziomie wskaźników zdrowienia dla każdego profilu na początku leczenia i po jego zastosowaniu przeprowadzono analizę Testem t Studenta, natomiast dla wykazania różnic w efektywności zdrowienia pomiędzy psychologicznymi profilami pacjentek przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji oraz szczegółową analizę testem post-hoc LSD.

Badanie na początku i po zastosowaniu leczenia wykazało istotne różnice pomiędzy wskaźnikami zdrowienia w każdym z profili psychologicznych pacjentek. W przypadku pacjentek o Profilu I zachodzą statystycznie istotne różnice w poziomie wszystkich wskaźników zdrowienia poza zmienną poszukiwanie wsparcia społecznego. W zakresie wskaźników zdrowienia u kobiet o Profilu II zachodzą statystycznie istotne różnice pomiędzy wartościami wszystkich wskaźników zdrowienia, badanych na początku i po zastosowaniu leczenia. W przypadku pacjentek o Profilu III również stwierdzono, że wszystkie wskaźniki zdrowienia badane na początku leczenia i kontrolowane po jego przeprowadzeniu istotnie się od siebie różnią.

Przeprowadzona analiza wariancji dla zmiennych w zakresie dążeń i planów wykazała obecność istotnych różnic w zależności od profilu. Testy LSD wykazały, że zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu w zakresie dążeń i planów pacjentek, za wyjątkiem szczegółowości planów, pod względem której nie różnią się Profile I i II. Jednoczynnikowa analiza wariancji w zakresie dobrostanu psychicznego wykazała obecność istotnych różnic w zależności od profilu. Analiza testem post-hoc LSD także wykazała, że zachodzą statystycznie istotne różnice w przypadku każdego profilu w zakresie dobrostanu psychicznego. Przeprowadzona analiza wariancji w zakresie zmiennej samoocena wykazała obecność istotnych różnic w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Szczegółowa analiza testem post-hoc LSD również wykazała obecność istotnych różnic w przypadku każdego profilu w zakresie samooceny pacjentek.

Na podstawie dokonanych analiz statystycznych sformułowano następujące wnioski:

Wniosek 54: W przypadku pacjentek o Profilu I zachodzą statystycznie istotne różnice w zakresie wszystkich wskaźników zdrowienia badanych na początku i po zastosowaniu leczenia, za wyjątkiem zmiennej poszukiwanie wsparcia społecznego.

Wniosek 55: W zakresie wszystkich wskaźników zdrowienia u kobiet o Profilu II zachodzą statystycznie istotne różnice.

Wniosek 56: W przypadku pacjentek o Profilu III wszystkie wskaźniki zdrowienia istotnie się od siebie różnią.

Wniosek 57: Wszystkie zmienne w zakresie dążeń i planów istotnie się różnią w zależności od profilu pacjentek, za wyjątkiem zmiennej szczegółowość planów, pod względem której nie zachodzą różnice pomiędzy Profilem I i II.

Wniosek 58: Wszystkie zmienne w zakresie dobrostanu psychicznego różnią się w zależności od profilu pacjentek.

Wniosek 59: W zakresie zmiennej samoocena wszystkie zmienne różnią się istotnie w zależności od profilu psychologicznego pacjentek.

Ostatnie pytanie badawcze (8.3.) dotyczyło zależności pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, korzystaniem przez nie ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia. W celu weryfikacji tego problemu badawczego przeprowadzono analizę korelacji *r*-Pearsona. Analizy statystyczne pozwoliły na pogłębienie wiedzy z zakresu relacji pomiędzy omawianymi zmiennymi i ukazały zróżnicowanie pod względem istotności statystycznej w przypadku każdego profilu psychologicznego.

Analiza statystyczna w obrębie Profilu I wykazała istotną zależność o dużej sile związku pomiędzy zmienną aktualnie otrzymywane wsparcie a zmienną kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej. Istotna zależność o umiarkowanej sile związku występuje także pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem a kompetencjami w sytuacjach wymagających asertywności. Wskazane zależności mogą świadczyć o efektywnym treningu kompetencji społecznych pacjentek pod wpływem uzyskiwanego przez nie wsparcia. Wsparcie społeczne stanowi pomoc udzielaną osobie w sytuacji, gdy jej zasoby okażą się niewystarczające, aby sprostać wymogom stawianym przez określoną sytuację życiową (Sęk,

2003). Analiza korelacji wykazała również istotną zależność pomiędzy otrzymywanym wsparciem a orientacją na cel (duża siła związku) oraz bogactwem treści życia (umiarkowana siła związku). Dodatnia korelacja o dużej sile związku występuje także pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem a zmiennymi dobrostanu psychicznego, jak panowanie nad otoczeniem, poczucie niezależności, pozytywne relacje z innymi. Wyniki te są zgodne z danymi prezentowanymi w literaturze przedmiotu (Antonucci, Knipscheer, 1990; Cummins, Nistico, 2002; Bolger, Amarel 2007). Według Łuszczynskiej i Cieślaka (2005) wsparcie społeczne pośredniczy w percepcji sytuacji stresujących i jest powiązane ze zdrowiem oraz satysfakcją z życia, dlatego może wspomagać poczucie dobrostanu. Zależności charakteryzujące się dużą siłą związku występują także pomiędzy aktualnie otrzymywanym przez pacjentki wsparciem a większością zmiennych samooceny. Jedynie korelacja ze skalą integracja tożsamości odznacza się umiarkowaną siłą związku. Wsparcie społeczne podtrzymuje samoocenę i mobilizuje potencjał osoby wspieranej (Gleason, Lida, Shrout, Bolger, 2008; Ratajczak, 1992; Wills, 1991). Można zatem wnioskować, że obecność wsparcia społecznego wpływa pozytywnie na poczucie dobrostanu psychicznego badanych kobiet o Profilu I oraz wyznaczanie sobie przez nie celów do realizacji. Zależności mogą także świadczyć o wzroście samoakceptacji i samooceny kobiet z depresją wraz ze wzrostem otrzymywanego przez nie wsparcia.

W przypadku Profilu II analizy wykazały istotne zależności o dużej sile związku pomiędzy zmienną aktualnie otrzymywane wsparcie a wszystkimi zmiennymi dotyczącymi kompetencji społecznych, za wyjątkiem kompetencji w sytuacjach wymagających asertywności - o umiarkowanej sile związku. Zależności te wskazują na to, że kompetencje mogą się umacniać w wyniku treningu społecznego. Kompetencje społeczne najczęściej są utożsamiane z umiejętnościami społecznymi. Zdaniem Bierman (2003) kompetencje odnoszą się do społecznych, poznawczych i emocjonalnych umiejętności oraz zachowań, przyczyniających się do właściwego przystosowania osoby do otoczenia. U pacjentek o Profilu II wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia maleje z kolei poziom szczegółowości planów. Mogłoby to wskazywać na wzrastającą pod wpływem wsparcia społecznego bierność pacjentek czy nawet wyuczoną bezradność pacjentek (Turska, 2008; Chudzicka-Czupała, 2004). Wykazano także istotną zależność o dużej sile związku pomiędzy aktualnie otrzymywanym wsparciem a niektórymi skalami dobrostanu psychicznego, jak: panowanie nad środowiskiem, pozytywne relacje z innymi, akceptacja siebie. Można zatem wnioskować, że wsparcie społeczne wykazuje dodatni związek z samoakceptacją pacjentek,

ich wpływem na otoczenie oraz relacjami z innymi ludźmi. Wsparcie społeczne redukuje negatywny wpływ niekorzystnych wydarzeń życiowych na dobrostan osoby poprzez zmianę pierwotnej percepcji sytuacji jako straty czy zagrożenia na wyzwanie (Sęk, Cieślak, 2018b; Wills, 1991). Istotna zależność o dużej i umiarkowanej sile występuje także pomiędzy otrzymywanym wsparciem i większością zmiennych samooceny. Wraz ze wzrostem poziomu wsparcia wzrasta pozytywna samoocena pacjentek, ich energia życiowa, samoakceptacja moralna czy poczucie bycia kochaną. Odpowiednie wsparcie wzmacnia tożsamość osoby i chroni jej samoocenę, ale także sprzyja mobilizacji swoich zasobów, dzięki czemu osoba uzyskuje możliwości poradzenia sobie z trudnościami (Chudzicka-Czupała, 2004).

W przypadku tych pacjentek o Profilu III wzrost poziomu wsparcia powoduje wzrost o dużej i umiarkowanej sile ogólnych kompetencji społecznych pacjentek i ich kompetencji w sytuacjach intymnych, natomiast nie powoduje umacniania się kompetencji w sytuacjach ekspozycji społecznej, lecz ich obniżanie się. Dane z literatury potwierdzają, że kompetencje społeczne stanowią wyznacznik efektywnego funkcjonowania osób w sytuacjach życiowych i efektywnego przystosowania do środowiska społecznego (Maczak, 2001; Strelau 2000). U badanych kobiet efektywne funkcjonowanie społeczne maleje pod wpływem wzrostu wsparcia społecznego - prawdopodobnie jego nadmiaru. Może być to wynikiem zwiększającej się bierności pacjentek pod wpływem doznawanego wsparcia, poczucia braku panowania nad własnym życiem czy też być wynikiem lęku społecznego i nieśmiałości, które według Borkowskiego (2003) są czynnikami ograniczającymi zdolność autoprezentacji. Wraz ze wzrostem wsparcia wzrasta poziom orientacji na cel grupy pacjentek o Profilu III, lecz obniża się poziom szczegółowości ich planów oraz poziom unikania porażek. Pod wpływem otrzymywanego wsparcia kobiety te nie wycofują się z działania w obawie przed niepowodzeniami. Wzrasta natomiast poziom poszukiwania wsparcia społecznego przez te pacjentki (o dużej sile związku), co może wskazywać na duże zapotrzebowanie badanych kobiet na wsparcie, prawdopodobnie ze względu na ich poczucie bezradności z racji przejmowania odpowiedzialności przez wspierające je otoczenie, wówczas otrzymywane wsparcie nie jest trafne (Sęk, Cieślak, 2018; Turska, 2008). Analiza ujawniła także istotną zależność o dużej sile związku pomiędzy otrzymywanym wsparciem przez kobiety o Profilu III a wszystkimi zmiennymi dobrostanu psychicznego, za wyjątkiem celu życiowego. Można wnioskować, że wraz ze wzrostem poziomu wsparcia wzrasta poziom dobrostanu psychicznego tych pacjentek, ich pozytywny stosunek do siebie, doświadczanie ciepłych relacji z innymi, natomiast obniża się poziom ich przekonania o ukierunkowaniu

własnego życia na realizację ważnego celu. Przedstawione wyniki korespondują z doniesieniami Yang, Wang, Li, Teng (2008), że wsparcie może wpływać na satysfakcję z życia oraz na ogólny dobrostan. Analiza korelacji wykazała także obecność istotnej zależności pomiędzy otrzymywanym wsparciem a większością zmiennych z zakresu samooceny. Wzrost otrzymywanego wsparcia powoduje zatem wzrost zadowolenia badanych pacjentek z siebie, ich poczucie akceptacji przez bliskich i innych ludzi, wzrost przekonania o wywieraniu wpływu na otoczenie, panowania nad swoimi emocjami, poczucia swojej atrakcyjności oraz wewnętrznej spójności. Otrzymywane wsparcie powoduje natomiast silne obniżenie poziomu samoakceptacji moralnej u pacjentek o Profilu III, czyli spadek poczucia pewności wyznawanych zasad moralnych i zadowolenia ze swojego systemu wartości wraz ze wzrostem wsparcia. Samoocena jest wymiarem obrazu własnej osoby (Derbis, Bańka, 1998). Poszczególne zdarzenia mogą samoocenę podwyższać lub obniżać (Ninot, Fortes, Delignieres, 2005). Według Nadlera i Fishera (za: Adamiec, 1996) duże znaczenie ma wpływ otrzymywanego wsparcia przez daną osobę na jej samoocenę. Wills (1991) sugeruje, że relacje wspierające są pomocne osobom znajdującym się w obliczu sytuacji trudnej, ponieważ najczęściej podtrzymują poziom samooceny. Natomiast według Kofta, Doliński (2000) wsparcie społeczne podnosi samoocenę jednostki.

Na podstawie przeprowadzonej analizy korelacji sformułowano następujące wnioski:

Wniosek 60: W grupie kobiet o Profilu I wraz ze wzrostem aktualnie otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom zmiennych: kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej oraz kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności.

Wniosek 61: W przypadku pacjentek o Profilu I wraz ze wzrostem poziomu otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom orientacji na cel oraz bogactwa treści życia.

Wniosek 62: Wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia u kobiet o Profilu I wzrasta poziom składowych dobrostanu psychicznego: poczucia kontroli nad otoczeniem, autonomii, pozytywnych relacji z innymi ludźmi oraz akceptacji siebie.

Wniosek 63: W grupie pacjentek o Profilu I wzrost aktualnie otrzymywanego wsparcia powoduje wzrost poziomu samooceny badanych.

Wniosek 64: Wraz ze wzrostem poziomu otrzymywanego wsparcia u pacjentek o Profilu II wzrasta poziom ich kompetencji społecznych.

Wniosek 65: Wraz ze wzrostem aktualnie otrzymywanego wsparcia przez kobiety o Profilu II maleje poziom szczegółowości ich planów.

Wniosek 66: W grupie kobiet o Profilu II wraz ze wzrostem poziomu otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom dobrostanu psychicznego pacjentek: ich samoakceptacja, panowanie nad otoczeniem oraz relacje z innymi ludźmi.

Wniosek 67: Wraz ze wzrostem poziomu otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom zmiennych samooceny pacjentek o Profilu II, czyli pozytywna samoocena badanych, ich samoakceptacja, energia życiowa czy poczucie bycia kochaną.

Wniosek 68: W grupie pacjentek o Profilu III wzrost aktualnie otrzymywanego wsparcia powoduje wzrost ogólnych kompetencji społecznych pacjentek i ich kompetencji w sytuacjach intymnych, natomiast powoduje obniżanie się kompetencji w sytuacjach ekspozycji społecznej.

Wniosek 69: Wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom orientacji na cel grupy pacjentek o Profilu III, silnie wzrasta poziom poszukiwania wsparcia, lecz obniża się poziom szczegółowości ich planów oraz unikanie przez badane porażek.

Wniosek 70: Wraz ze wzrostem aktualnie otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom dobrostanu psychicznego pacjentek o Profilu III.

Wniosek 71: Wraz ze wzrostem poziomu otrzymywanego wsparcia wzrasta poziom ogólnej samooceny kobiet o Profilu III, obniża się natomiast poziom samoakceptacji moralnej.

WNIOSKI KOŃCOWE

Przeprowadzenie zaprezentowanych badań było możliwe jedynie dzięki uprzejmości dyrekcji szpitali i wyrażeniu zgody na odbywanie spotkań z pacjentkami leczącymi się z powodu choroby afektywnej jednobiegunowej, w celu przeprowadzenia wywiadów oraz licznych badań kwestionariuszowych.

Badania przeprowadzone w niniejszej pracy pozwoliły na udzielenie odpowiedzi na wszystkie postawione pytania badawcze. Pierwszy etap pracy stanowiło dokonanie charakterystyki socjodemograficznej grupy kobiet chorujących na depresję, a także charakterystyki psychologicznej badanych kobiet w zakresie zmiennych indywidualnych. Kolejne analizy umożliwiły również ustalenie różnic w poziomie wskaźników zdrowienia dla całej grupy na początku leczenia i po jego zastosowaniu. Przeprowadzona analiza regresji pozwoliła na ustalenie zmiennych, które w najwyższym stopniu wyjaśniają efektywność procesu zdrowienia grupy badanych pacjentek z depresją.

W drugiej części pracy, przeprowadzona analiza skupień pozwoliła na wyróżnienie typów pacjentek chorujących na depresję ze względu na określony profil psychologiczny oraz prezentowane wartości. Następnie dokonano charakterystyki pacjentek o określonym profilu psychologicznym i deklarowanych wartościach pod względem demografii, sytuacji rodzinnej oraz przebiegu leczenia. Przeprowadzone analizy statystyczne umożliwiły ustalenie istotnych różnic w otrzymywanym wsparciu pomiędzy wyróżnionymi typami pacjentek, a także dokonanie ustaleń, który z profili sprzyja procesowi zdrowienia na podstawie czynników efektywnego zdrowienia w grupach wyodrębnionych typów pacjentek z depresją. Najbardziej sprzyjający efektywnemu odzyskiwaniu zdrowia okazał się profil o cechach takich, jak: wysokie poczucie własnej skuteczności, wysoka inteligencja emocjonalna, wysoki poziom zadaniowego i unikowego radzenia sobie, wysoki poziom radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich, wysoka otwartość na zmiany, podwyższone przekraczanie siebie, niskie angażowanie się emocjonalne, niska zachowawczość. Przeprowadzona następnie analiza korelacji ujawniła istotne zależności pomiędzy pacjentkami o określonym profilu psychologicznym, korzystaniem przez nie ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia.

Uzyskane wyniki warto wykorzystać w celach terapeutycznych jako istotną wskazówkę do indywidualnego profilowania osób chorujących na depresję. Celem jest także określenie obszarów do pracy terapeutycznej w kierunku zwiększenia efektywności procesu

zdrowienia osób leczących się. Autorka zwraca zatem uwagę na konieczność opracowania narzędzia do oceny czynników indywidualnych, takich jak: poczucie skuteczności, styl radzenia sobie, inteligencja emocjonalna, a także preferowanych wartości pacjentów cierpiących na depresję i stosowania go podczas badania psychologicznego na początku leczenia. Narzędzie takie umożliwiłoby dokonywanie diagnozy zasobów indywidualnych pacjentów leczących się oraz stanowiłoby pomoc w pracy terapeutycznej.

Głównym ograniczeniem zaprezentowanego badania był brak grupy porównawczej w stosunku do kobiet chorujących na depresję. Z tego względu dokonano porównań w obrębie badanej grupy, wyróżniając typy pacjentek o określonym profilu psychologicznym oraz preferowanych wartościach. W podejmowanych w przyszłości badaniach warto dokonać porównań zasobów pacjentek chorujących na depresję oraz przykładowo, kobiet cierpiących na zaburzenia lękowe czy zaburzenia odżywiania, co mogłoby dostarczyć interesujących danych odnośnie wpływu posiadanych zasobów na zdrowienie obu grup pacjentek. Kolejnym ograniczeniem okazał się brak zmiennych ilościowych, pośredniczących pomiędzy wyróżnionymi profilami psychologicznymi pacjentek a wskaźnikami efektywnego zdrowienia, co uniemożliwiło przeprowadzenie analizy mediacji. Z kolei brak zmiennych, które nie zostały uwzględnione w typach profili psychologicznych pacjentek uniemożliwił przeprowadzenie analizy ścieżek. Powyższe problemy warto wyjaśnić w podejmowanych w przyszłości badaniach.

BIBLIOGRAFIA

- Adamiec, M. (1996). Pomaganie: problemy i uwagi. W: K. Popiołek (red.). *Psychologia pomocy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Adamus, M. (2004). Samoocena a zachowania społeczne. *Edukacja i Dialog*, 6, 64-67.
- Agencja Oceny Technologii Medycznych (2009). *Wytyczne oceny technologii medycznych*. Warszawa: AOTM.
- Airlie, J., Baker, G.A., Smith, S.J., Young, C.A. (2001). Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale. *Clinical Rehabilitation*, 15 (3), 259-265.
- Albal, E., Kutlu, Y. (2010). The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1 (3), 115-120.
- Alberti, R., Emmons, M. (2002). *Asertywność*. Gdańsk: GWP.
- Alpass, F.M., Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging Mental Health*, 7 (3), 212-216.
- Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Matschinger, H., Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry* 48 (3), 189-99.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychologii i Neurologii.
- Antonucci, T.C., Knipscheer, C.P.M. (1990). Social network research. In: C.P.M. Knipscheer, T.C. Antonucci (Ed.) *Social network research* (161-174). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Antonucci, T.C., Fuhrer, R., Dartigues, J.F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and Aging*, 12, 189-195.
- Argyle, M. (1998). Zdolności społeczne. W: S. Mosciowici (red.), *Psychologia społeczna w relacji ja inni* (s. 77-104). Warszawa: WSiP.
- Argyle, M. (2002). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: PWN.
- Ashkanasy, N.M. (2003). Emotions in organizations: a multi-level perspective. W: F. Dansereau, F.J. Yammarino (Ed.), *Multi-Level Issues in Organizational Behavior and Strategy (Research in Multi Level Issues, Volume 2)* (9-54). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Austin, E.J., Saklofske, D.H., Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Baltes, P.B., Gluck, J., Kunzmann, U. (2005). Mądrość. Jej struktura i funkcja w kierowaniu pomyślnym rozwojem w okresie całego życia. W: J. Czapński (red.), *Psychologia pozytywna*. Warszawa: PWN.

Banaś A., Wichowicz H., Gałuszko M., Jakuszkowiak K. (2005). Współchorobowość somatyczna w zaburzeniach depresyjnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2 (5), 69-73.

Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In: L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (s. 19–85). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman, Times Books, Henry Holt and Company.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bandura, A. (2009). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. W: E. A. Locke (red.), *Handbook of principles of organization behavior* (179-200). Oxford, UK: Blackwell.

Bargh, J.A., Gollwitzer, P.M., Oettingen, G. (2010). Motivation. In: S. Fiske, D. Gilbert, G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology* (268–316). New York: Wiley.

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory. BarOn Emotional Quotient Inventory. User's Manual*. Toronto: Multi Health Systems.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory. In: R. Bar-On, J.D.A. Parker (Ed.), *The handbook of emotional intelligence* (363-388). San Francisco: Jossey-Bass.

Bastian, V.A., Burns, N.R., Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39 (6), 1135-1145.

Batool, S.S., Khalid, R. (2009). Low emotional intelligence: A risk factor for depression. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 6 (2), 65-72.

Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1–44.

Beck A.T., Reinecke M.A., Clark D.A. (2003). *Cognitive therapy across the lifespan; Evidence and practice*. Cambridge, U.K. Cambridge University Press.

Beck, A.T., Haigh, E.A.P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.

Beck, J. (2005). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Bennett S.J. (1992). Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. *Heart and Lung*, 21 (4), 322-326.

Besser, A., Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33 (4), 351-382.

Bierman, K.L. (2003). *Peer Rejection: Developmental Processes and Intervention Strategies*. The Guilford Series on Social and Emotional Development.

Bilsky, W., Schwartz, S. H. (1994). Values and personality. *European Journal of Personality*, 8, 163-181.

Bishop, G.D. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Błażek, M., Kadzikowska-Wrzosek, R. (2002). Wielowymiarowy Kwestionariusz Planów (WKP): proces konstruowania kwestionariusza. W: T. Mądrzycki, *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany* (s. 151-158). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Bobrowska-Jabłońska, K. (2003). Znaczenie inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych w kształceniu w SGH - raport z badań. *E-mentor*, 2 (s. 22-27). Warszawa: SGH.

Bolger, N., Amarel, D. (2007). Effects of Social Support Visibility on Adjustment to Stress: Experimental Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (3), 458-475.

Bończa-Tomaszewska, M., Kołodziej, A. (1974). Akceptacja siebie i akceptacja innych ludzi u młodzieży w okresie dojrzewania i wczesnej młodości (próba konstruowania metody badawczej). W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*. Seria III, tom 2 (s. 465–504). Warszawa: PWN.

Borkowski, J. (2003). *Podstawy psychologii społecznej*. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.

Bosworth, H.B., Hays, J.C., George, L.K., Steffens, D.C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 238-246.

Bowlby, J. (1990). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book. London: Routledge.

Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brackett, M.A., Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1-12.

Brackett, M.A., Warner, R.M., Bosco, J.S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*, 12, 197–212.

Brackett, M.A., Rivers, S.E., Shiffman, S., Lerner, N., Salovey, P. (2006). Relating emotional intelligence to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780-795.

Brackett, M.A., Rivers, S.E., Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology, Compass*, 5 (1), 88-103.

Broadhead, W.E., Blazer D.G., George L.K., Tse C.K. (1990). Depression, Disability Days, and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey, *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 264 (19), 2524-2528.

Brodniak, W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.

Broquard, A.G. (2011). *Collage Student Mental Health: The Relationship Between Depression and Emotional Intelligence Using the Student Relationships Assessment*. Published thesis. ProQuest, Taylor University.

Brzezińska, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Brzozowski, P. (2002). Uniwersalność struktury wartości: koncepcja Shaloma H. Schwartz. *Roczniki Psychologiczne*, 5, 27-52.

Brzozowski, P. (2005). Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja? *Przegląd Psychologiczny* 48 (3), 261-276.

Bussey, K., Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation, *Psychological Review*, 4.

Butwicka A., Gmitrowicz A. (2006). Różnice w występowaniu objawów somatycznych w przebiegu epizodu depresyjnego u kobiet i mężczyzn. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 4 (6): 155–160.

Byra, S. (2011). Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17 (3) 127-134.

Campbell, J.D., Assanand, S., Di Paula, A. (2003). The structure of the self concept and its relation to psychological adjustment. *Journal of Personality*, 71, 115-140.

Campbell, J.D., Assanand, S., Di Paula, A. (2004). Cechy strukturalne pojęcia Ja a przystosowanie. W: R.B., Felson, J.M., Suls, A. Tesser, *Ja i tożsamość*. Gdańsk: GWP.

Caprara, G.V., Giunta, L.D., Eisenberg, N., Gerbino, M., Pastorelli, C., Tramontano, C. (2008). Assessing regulatory emotional self-efficacy in three countries. *Psychological Assessment*, 20, 227-237.

Carlo, G., Knight, G.P., Eisenberg, N., Rotenberg, K.J. (1991). Cognitive processes and prosocial behaviors among children: the role of affective attributions and reconciliations. *Developmental Psychology*, 27, 456-461.

- Carson R., Buther J., Mineka S. (2011). *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (2004). *Perspectives on personality*. New York: Pearson Education.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (2007). Optimism, Pessimism, and Stress. In: G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress*, Vol. 3 (26-29). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Chamorro-Premuzic, T., Bennett, E., Furnham, A. (2007). The happy personality: Mediatonal role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 42, 1633-1639.
- Chang, E.C. (2006). Perfectionism and Dimensions of Psychological Well-being in a College Student Sample: A Test of a Stress – Mediation Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 1001–1022.
- Charbonneau, D., Nicol, A.A.M. (2002). Emotional intelligence and prosocial behaviors in adolescents. *Psychological Reports*, 90, 361-370.
- Cherniss, C. (2002). Emotional intelligence and the good community. *American Journal of Community Psychology*, 30, 1-11.
- Chrapek, E. (2016). Psychologiczne trudności, wsparcie społeczne oraz radzenie sobie ze stresem u rodziców dzieci z chorobą nowotworową. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16 (1), 27–32.
- Chuchra, M.M., Pawłowska, B. (2004). Samoakceptacja u dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym. *Studia nad Rodziną*, 8/1 (14), 185-201.
- Chudzicka-Czupała, A. (2004). *Bezrobocie. Różne oblicza wsparcia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 23 (1), 3-15.
- Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C., Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C., Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.
- Ciarrochi, J., Deane, F.P., Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Ciarrochi, J., Deane, F., Wilson, C.J., Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30, 173-188.
- Cieciuch, J. (2010). Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferencjami wartości. *Fides at Ratio. Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides et Ratio*, 2 (2), 25-38.
- Cieciuch, J. (2013a). *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości*. Warszawa: Liberi Libri.

- Cieciuch, J. (2013b). Pomiar wartości w zmodyfikowanym modelu Shaloma Schwartz. *Psychologia Społeczna*, 81 (24) 22–4.
- Cieciuch, J., Zalewski, Z. (2011). Polska adaptacja Portretowego Kwestionariusza Wartości Shaloma Schwartz. *Czasopismo Psychologiczne*, 17 (2), 251–262.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2002). Orientacja na dobrostan i orientacja na cierpienie w rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych. *Kolokwia Psychologiczne: Psychologia w obliczu zachodzących przemian społeczno-kulturowych*, 10, 179–195.
- Cieślak, R. (1995). Problemy pomiaru wsparcia społecznego. *Skala Wsparcia Społecznego. Ergonomia*, 18 (2), 203-213.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, NY: Wiley.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59 (8), 676-684.
- Cox, C.L., Hill, M.C., and Lack, V.M. (2012). *Advanced practice in health care: Skills for nurses and allied health professionals*. USA, Canada: Routledge.
- Cudak, H. (2010). Uwarunkowania międzypokoleniowego przekazu wartości w rodzinie. W: W. Muszyński (red.), *Wartości w rodzinie: ciągłość i zmiana* (s. 17-26). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Cummings, S.M., Neff, J.A., Husaini, B.A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health & Social Work*, 28, 23-32.
- Cummins, R.A. (2003). Normative Life Satisfaction: Measurement Issues and a Homeostatic Model. *Social Indicators Research*, 64, 225-256.
- Cummins, R.A., Gullone, E., Lau, A.L.D. (2002). A model of subjective well being homeostasis: The role of personality. In: E. Gullone, R.A. Cummins (Ed.), *The universality of subjective wellbeing indicators: Social Indicators Research Series* (7-46). Dordrecht: Kluwer.
- Cummins, R.A, Nistico, H.(2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3 (1), 37-69.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia: Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Poznań: Oficyna Wydawnicza Academos.
- Czapiński, J. (2012). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 51-102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czerniawska, M. (1995). *Inteligencja a system wartości. Studium psychologiczne* (s. 124, 131). Białystok: Wydawnictwo Trans Humana.
- Dahua, W., Yan, D., Liqing, Z., Jiliang, S. (2004). Inner-mechanisms between intergenerational social support and subjective well-being of the elderly. *Acta Psychologica Sinica*, 36 (1), 78-82.

Dalgard, O.S., Bjørk, S., Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 29-34.

Dantzer, R., O'Connor, J.C., Freund, G.G., Johnson, R.W., Kelley, K.W. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 46–56.

Dawda, D., Hart, S.D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.

D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., Gotlib, J.H. (2013). Emotion Regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (5), 968-980.

Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego* (s. 20, 22-23). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

De Leeuw, J.R., De Graeff, A., Ros, W.J., Hordijk, G.J., Blijham, G.H., Winnubst, J.A. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: a prospective study. *Psychooncology*, 9 (1), 20-28.

De Leeuw, J.R., De Graeff, A., Ros, W.J., Blijham, G.H., Hordijk, G.J., Winnubst, J.A. (2001). Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer. *Head Neck*, 23 (10), 892-898.

Deci, E.L., Ryan, R.M. (2008). Hedonia, eudaimonia and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.

Deisinger, J.A., Cassisi, J.E., Whitaker, S.L. (2003). Relationships between coping style and PAI profiles in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12), 1315–1323.

Demirtepe-Saygılı, D., Bozo, O. (2011). Predicting depressive symptoms among the mothers of children with leukaemia: a caregiver stress model perspective. *Psychology & Health*, 26, 585–599.

Denham, S.A. (1998). *Emotional development in young children*. New York, London: The Guilford Press.

Denham, S.A., Grout, P. (1993). Socialization of emotions: pathway to preschoolers' emotional and social competence. *Journal of Nonverbal Behavior*, 17, 205-227.

Derbis, R., Bańka, A. (1998). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2012). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 35). Warszawa: PWN.

Disner, S.G., Beevers, C.G., Haigh, E.A., Beck, A.T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 467–77.

Doliński, D. (2001). Psychologia atrybucji. Implikacje praktyczne. W: K. Lachowicz-Tabaczek (red.). *Psychologia społeczna w zastosowaniach. Od teorii do praktyki* (s. 201 – 232). Wrocław: Alta 2.

Dołęga, Z. (2006). Samotność jako stan psychiczny – samotność jako cecha psychologiczna. W: P. Domeracki, W. Tryburski (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne* (s. 253-276). Toruń: Wydawnictwo UMK.

Donahue, E.M., Robins, R.W., Roberts, B.W., John, O.P. (1993). The divided self. Concurrent and longitudinal effects of psychological adjustment and social roles on self-concept differentiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 834-846.

Downey, G., Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Downey, L., Johnston, P., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V., Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*, 22, 93–98.

Drwał, R.Ł. (1981). *Osobowość wychowanków zakładów poprawczych. Badania nad funkcjami podkultury zakładowej*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo.

Drwał, R.Ł. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN.

Dudek, D. (2013). Optymalizacja leczenia depresji. *Psychiatria po Dyplomie*, 10, 27-32.

Dunkel-Schetter, C., Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In: B. R. Sarason, I. G. Sarason, G. R. Pierce (Ed.), *Social support: An interactional view* (267-296). New York: Wiley.

Dupetruis, D.G. (1996). *The EQ-i and MMPI-2 Profiles of a Clinical Sample in Argentina*, Unpublished manuscript.

Dyczewski, L. (2001). Miejsce i funkcja wartości w kulturze. W: *Kultura w kręgu wartości* (s. 29). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Dziewiecki, M. (2000). *Psychologia porozumiewania się*. Kielce: Wydawnictwo JEDNOŚĆ.

Dzwonkowska, I. (2003). *Nieśmiałość i jej korelaty*. Przegląd Psychologiczny, 46 (3), 307-322.

Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Skala samooceny SES M. Rosenberga*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Emmons, R.A. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300.

Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and subjective well-being. In: P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (red.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (313–337). New York: Guilford Press.

Emmons, R.A. (1998). *The psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford Press.

- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping. A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Engelberg, E., Sjöberg, L. (2004). Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37, 533-542.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Bosteels, J., Vanderschueren, D., Demyttenaere, K. (2002). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care*, 25 (4), 672-677.
- Erikson, E.H. (1994). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company.
- Everitt, B.S., Landau, S., Leese, M., Stahl, D. (2011). *Cluster analysis*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Extremiera, N., Fernandez-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: predictive and incremental validity using Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Extremiera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 191-205.
- Extremiera, N., Ruiz-Aranda, D., Pineda-Galan, C., Salguero, J.M. (2011). Emotional intelligence and its relations with hedonic and eudaimonic well-being. A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 51, 11-16.
- Fecenec, D. (2008). *MSEI - Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Polska adaptacja*. Warszawa: PTP.
- Ferguson, G.A., Takane, Y. (2009). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Field, E.M., Walker, M.H., Orrell, M.W. (2002). Social networks and health of older people living in sheltered housing. *Aging Mental Health*, 6 (4), 372-386.
- Filipska K., Antczak A., Kędziora-Kornatowska K., Ciesielska N. (2016). Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 24 (1), 58-63.
- Fiori, K.L., McIlvane, J.M., Brown, E.E., Antonucci, T.C. (2006). Social relations and depressive symptomatology: self-efficacy as a mediator. *Aging Ment Health*, 10, 227-239.
- First M.B. (2016). *DSM-5 podręcznik diagnostyki różnicowej*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fontaine, J. R. J., Poortinga, Y., Delbeke, L., Schwartz, S. H. (2008). Structural equivalence of the value domain across cultures: Distinguishing sampling fluctuations from meaningful variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39 (4), 345 –365.

Francis, L., Weiss, B.D., Senf, J.H., Heist, K., Hargraves, R. (2007). Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, 23-7.

Frankl, V. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Froch, B., Zwolińska-Wcisło, M., Bętkowska-Korpała, B., Mach, T. (2009). Dynamika reakcji emocjonalnych u chorych na nieswoiste zapalenia jelit. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 4 (3), 141–146.

Fuhrmann, A., Kuhl, J. (1998). Maintaining a healthy diet: Effects of personality and self-reward versus self-punishment on commitment to and enactment of self-chosen and assigned goals. *Psychology and Health*, 13, 651–686.

Furmańska, E. (2001). Samoocena i samoakceptacja we wczesnej adolescencji. *Edukacja i Dialog*, 1, 24-29.

Gallagher, E.N., Vella-Brodrick, D.A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44, 1551-1561.

Gałuszka, A. (2000). Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekle. W: I. Heszen-Niejodek (red). *Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać* (s. 34-54). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Gałuszka, A. (2013). Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie, *Chowanna*, 1 (40), 159-177.

Gannon, N., Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353-1364.

Gardner, L.J. (2003). Exploration of the relationships between workplace: Emotional intelligence, occupational stress and employee health. *Australian Journal of Psychology*, 55, 181–195.

Gertis, L., Derksen, J.J.L., Verbruggen, A.B., Katzko, M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences*, 38, 33-43.

Gleason, M., Lida, M., Shrout, P., Bolger, N. (2008). Receiving Support as a Mixed Blessing: Evidence for Dual Effects of Support on Psychological Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94 (5), 824-838.

Goldenberg, I., Matheson, K., Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: a comparison of performance based and self report methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.

Goleman D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. London: Bloomsbury.

Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.

- Goleman, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.
- Goleman, D. (2007). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Goleman, D. (2013). *Inteligencja społeczna*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Gollwitzer, P.M. (1996). The volitional benefits of planning. In: P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (Ed.), *The Psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (287–312). New York: Guilford Press.
- Granet, R., Levinson, R.K. (2000). *A jeśli to depresja*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Grzegołowska-Klarkowska, H. (2001). Samoobrona przez samooszukiwanie się. W: M. Kofta T. Szustrowa, (red.) *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 257-288). Warszawa: PWN.
- Guastello, D.D, Guastello, S.J. (2003). Androgyny, gender role behavior and emotional intelligence among college students and their parents. *Sex Roles: A Journal of Research*, 49, 663-673.
- Hamilton-West, K. (2011). *Psychobiological processes in health and illness*. London: SAGE Publications Inc.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555 -561.
- Hammen, C. (2004). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- Hansenne, M., Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Research*, 166, 63-68.
- Hart, D., Field, N.P., Garfinkle, J.R., Singer, J.L. (1997). Representations of self and other: a semantic space model. *Journal of Personality*, 65 (1), 77-105.
- Headey, B., Wearing, A.J. (1992). *Understanding Happiness: A Theory of Subjective Well-Being*. Melbourne: Longman Cheshire.
- Heitzman, J., Samochowiec, J. (2012). Depresja lekooporna – diagnoza, postępowanie. W: J. Heitzman, J. Vetulani (red): *Farmakoterapia depresji – współczesne podstawy teoretyczne i doświadczenia kliniczne* (s. 187-196). Poznań: Termedia.
- Hempolińska-Nowik, E. (2014). *Integracja struktury Ja a psychologiczne przystosowanie*. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.
- Heppner, P.P., Lee, D. (2005). Problem-solving appraisal and psychological adjustment. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (Ed.): *Handbook of positive psychology* (288-298). New York: Oxford University Press.
- Heszen, I. (2014). *Psychologia stresu: korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen I., Sęk H. (2007). Zdrowie i choroba w paradygmacie stresu psychologicznego. W: I. Heszen, H. Sęk. (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 141–159). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Heszen, I., Sęk, H. (2008). Zdrowie i stres. W: J.Strelau, D.Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, T.2. (s. 681-734). Gdańsk: GWP.

Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen-Niejodek, I. (1995). Promocja zdrowia - próba systematyzacji z perspektywy psychologa. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 5/6, 7-21.

Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie: główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12-43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersyteckie.

Heszen-Niejodek I. (2000). *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen-Niejodek I. (2007). Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3 (s. 465-492). Gdańsk: GWP.

Higgins, E.T., King, G.A., Mavin, G.H. (1982). Individual construct accessibility and subjective impressions and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (1), 35-47.

Hodgins, H.S., Belch, C. (2000). Interparental violence and nonverbal abilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 24, 3-24.

Horney, K. (2001). *Nerwica a rozwój człowieka: Trudna droga do samorealizacji*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Hughes, S., Jaremka, L.M., Alfano, C.M., Glaser, R., Povoski, S.P., Lipari, A.M., Agnese, D.M., Farrar, W.B., Yee, L.D., Carson, W.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 38-44.

Hunt, N., Evans, D. (2004). Predicting traumatic stress using emotional intelligence. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 791-798.

Hys, A., Nieznańska, A. (2001). Osobowość a style radzenia sobie ze stresem u aktorów teatralnych. *Studia Psychologica UKSW*, 2, 51-64.

Inglese, P. (2012). *Emotional Intelligence as a Predictor of Late Life Depression in Independent Older Adults*. Published thesis. ProQuest, Walden University.

Iosifescu D.V. (2007). Treating depression in the medically ill. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(1): 77-90.

Jahoda, M. (1979). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jain, A.K., Murty, M.N., Flynn, P.J. (1999). Data Clustering: A Review. *ACM Computing Surveys*, 31 (3), 264-323.

Jankowska, M., Ryś, M. (2011). Inteligencja emocjonalna a relacje w związkach małżeńskich. *Kwartalik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides et Ratio*, 3 (7), 48-65.

Januszewski, A. (1988). Niektóre uwarunkowania zdolności poznawania siebie i drugiej osoby. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

Jarema, M. (2011). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica.

Jarosz, M. (1978). Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL.

Jaworowska, A., Matczak, A. (2008). *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej INTE* (autorzy: N.S. Schutte, J.M. Malouff, L.E. Hall, D.J. Haggerty, J.T. Cooper, C.J. Golden, L. Dornheim). *Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska-Obłój, Z., Skuza, B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcja w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 733-746.

Jaworski, R. (2004). Sposoby radzenia sobie z trudnościami u osób o różnym typie religijności. *Studia Płockie*, 32, 139-154.

Jelonkiewicz, I., Kosińska-Dec, K. (2001). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności. *Przegląd Psychologiczny*, 44 (3), 337-347.

Jones, N.A., Field, T., Davalos, M. (2000). Right frontal EEG asymmetry and lack of empathy in preschool children of depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 189-205.

Jucha, Z., Rendecka, A., Żuraw, J. (1979), Akceptacja siebie i jej związek z akceptacją innych. *Psychologia Wychowawcza*, 1, 14-38.

Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i medycyna*, 14, 54-63.

Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica*, 4, 11-24.

Juczyński, Z. (2001). Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka Leczenia*, Tom VII, 2, 9-16.

Juczyński, Z. (2009). Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (112-122). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Juczyński, Z. (2014). Pomiar wsparcia społecznego – polska adaptacja Skali Znaczenia Innych. W: E. Zasępa, T. Gałkowski (red.), *Oblicza psychologii klinicznej* (s. 437-461). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2010). *Osobowość: stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin S.A.

Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., Thoresen, C.J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (3), 693-710.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Życie, piękna katastrofa*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Kadzikowska-Wrzosek R. (2011). Subiektywna ocena postępu w realizacji celów. Wpływ implementacji intencji oraz różnic indywidualnych w sposobie formułowania celów i w sile woli. *Psychologia Społeczna*, 1 (16), tom 6, 49–66.

Kahn, J.H., Hessling, R.M., Russell, D.W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35 (1), 5-17.

Kempen, G., van Sonderen, E., Ormel, J. (1999). The impact of psychological attributes on changes in disability among low-functioning older persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54B, 23-29.

Kennedy, S.H., Lam, R.W., Nutt, D.J., Thase, M.E. (2010). *Depresja. Leczyć skuteczniej. Praktyczne zastosowanie zaleceń klinicznych*. Gdańsk: Via Medica.

Kernis, M.H., Grannemann, B.D., Barclay, L.C. (1989). Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 1013–1022.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61 (2), 121-140.

Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

Keyes, C.L.M., Waterman, M.B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In: M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes i K.A. Moore (Ed.), *Well being: Positive development across the life course* (477–497). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Kępiński, A. (2014). *Melancholia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Kirenko, J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnościami*. Ryki: Wydawnictwo WSUPiZ.

Kirenko, J., Byra, S. (2008). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kirk, B.A., Schutte, N.H., Hine, D.W. (2008). Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*, 45, 432-436.

Klein, M. (2007). Miłość, poczucie winy, reparacja. W: *Pisma*, tom I. Gdańsk: GWP.

Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 29-48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Knopp, K. (2007). Inteligencja emocjonalna a temperament studentów oraz postawy rodzicielskie ich matek i ojców. *Roczniki Psychologiczne*, 10 (2), 113-134.

Knopp, K. (2009). Temperament, emotional intelligence and social training as predictors of social competencies. W: A. Matczak (red.), *Determinants of social and emotional competencies* (s. 37-66). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Knopp, K. (2010). *Inteligencja emocjonalna oraz możliwości jej rozwijania u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Knopp, K. (2011). *The parents' marital relationship and emotional intelligence of their adolescent children*. Referat wygłoszony podczas III International Congress of Emotional Intelligence in Opatija.

Knowlton, A.R., Latkin, C.A. (2007). Network financial support and conflict as predictors of depressive symptoms among a highly disadvantaged population. *The Journal of Community Psychology*, 35 (1), 13-28.

Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, T.2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kokoszka A. (2009). *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Wydawnictwo.

Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4-41.

Koole, S.L., Kuhl, J. (2007). Dealing with unwanted feelings: The role of affect regulation in volitional action control. In: J. Shah, W. Gardner (Ed.), *Handbook of motivation science* (295-307). New York: Guilford Press.

Koole, S.L., Kuhl, J., Jostmann, N.B., Vohs, K.D. (2005). On the hidden benefits of state orientation: Can people prosper without efficient affect regulation skills? In: A. Tesser, J. Wood, D.A Stapel (Ed.), *On building, defending, and regulating the self: A psychological perspective* (217-243). London: Taylor and Francis.

Komproe, I., Rijken, M., Ros, W., Winnubst, J., Hart, H. (1997). Available support and received support: Different effects under stressful circumstances. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 14 (1), 59-77.

Konarski, S. (red.) (2006). *Kompetencje społeczno - psychologiczne ekonomistów i menedżerów : teoria, badania, edukacja*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.

Kong, F., Zhao, J., You, X. (2012). Social support mediates the impact of emotional intelligence on mental distress and life satisfaction in Chinese young adults. *Personality and Individual Differences*, 53, 513-517.

Kornaszewska-Polak, M. (2014). Kompetencje społeczne i lęk w relacjach interpersonalnych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika*, 9, 147-158.

Kozielecki J. (1986). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN.

Kriegelewicz, O. (2005). Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategię rozwiązywania konfliktów w małżeństwie. *Przegląd Psychologiczny*, 48 (4), 431-452.

Krok, D. (2009). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.

Krok, D. (2011). Poczucie sensu życia a dobrostan psychiczny. *Psychologia Jakości Życia*, 10 (2), 95-115.

Król-Fijewska, M. (1993). *Trening asertywności*. Warszawa: PTP.

Kruczek, A. (2017). Związek obrazu siebie i samoakceptacji z ekspresją gniewu w grupie dziewcząt z diagnozą zaburzeń zachowania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 17 (4), 314-324.

Kubacka-Jasiecka, D. (2006). *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń JA*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kubacka-Jasiecka, D. (2013). O niektórych patomechanizmach międzypokoleniowej transmisji przemocy partnerskiej i domowej. W: K. Mudyń (red.), *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań, postaw i wartości* (s. 55-84). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kuhl, J., Kazen, M., Koole, S.L. (2006). Putting self-regulation theory into practice: A user's manual. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 408–418.

Kuśmierek M., Florkowski A., Gałęcki P., Talarowska M. (2011). Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem depresji. *Current Problems of Psychiatry*, 12(3): 285-292.

Kwiecień, A. Leśniak, T. (1999). Współpraca psychologiczna z rodzinami pacjentów depresyjnych w starszym wieku. *Problemy Rodziny*, 2-3, 7-9.

Lachowicz-Tabaczek, K. (2001). Empiryczna weryfikacja tezy o „nierówności” samooceny kobiet i mężczyzn. *Czasopismo Psychologiczne*, 7, 33-41.

Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G., Lip, G.Y.H. (2000). Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 229-38.

Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4 (40-41).

Lazarus, R.S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1 (1), 3-13.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping* (s. 19, 141). New York: Springer.

- Leong, F.T.L., Bonz, M.H., Zachar, P. (1997). Coping styles as predictors of college adjustment among freshmen. *Counselling Psychology Quarterly*, 10 (2), 211-220.
- Lewicki, P. (1983). Self-image bias in person perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (2), 384-393.
- Lewinsohn, P. (1992). *Control your depression*. New York: Fireside.
- Levinson, D.J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41 (1), 3-13.
- Linville PW. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (4), 663-676.
- Little, B.R. (1999). Personality and motivation: Personal action and the conative revolution. In: L.A. Pervin, O.P. John (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (501– 524). New York: Guilford.
- Little, B.R., Lecci, L., Watkinson, B. (1992). Personality and personal projects: Linking Big Five and PAC units of analysis. *Journal of Personality*, 60, 502-525.
- Locke, E., Latham, G. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. New York: Prentice Hall.
- Loo, H., Gallarda, T. (1999). *Depresja*. Katowice : Książnica.
- Lopes, P.N., Salovey, P., Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- Lowe, R., Cockshott, Z., Greenwood, R., Kirwan, J.R., Almeida, C., Richards, P., Hewlett, S. (2008). Self-efficacy as an appraisal that moderates the coping-emotion relationship: Associations among people with rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, 23 (2), 155-174.
- Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J.M., Pulido-Martos, M. (2016). Emotional intelligence and depressive symptoms in Spanish institutionalized elders: does emotional self-efficacy act as a mediator? *US National Library of Medicine, National Institute of Health*, 4, 2246.
- Lutzky, S.M., Knight, B.G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: the roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 9 (4), 513-519.
- Lyons, J.B., Schneider, T.R. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences*, 39, 693-703.
- Łojko, D., Suwalska, A., Rybakowski, J. (2014). Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5. *Psychiatria Polska*, 48 (2), 245–260.
- Łosiak, W. (2007). *Natura stresu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łuszczynska, A., Kowalska, M., Schwarzer, R., Schulz, U. (2002). *Berlin Social Support Scales (BSSS) - Polish Version*. Freie Universität Berlin, Health Psychology.

Łuszczynska, A., Cieślak R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role. *Anxiety, Stress and Coping*, 18 (3), 227-244.

Łuszczynska, A., Mazurkiewicz, M., Kowalska, M., Schwarzer, R. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, 44 (3), 17-27.

Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G., Mazure, C.M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. Differences based on history of prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 176 (4), 373-378.

MacInnes, D.L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (5), 483-489.

Maier, S.F., Seligman, M.E.P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review*, 123, 349-367.

Makowska, Z. (1996). Indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem: uwarunkowania strategii stosowanych w związku z pracą i ocena ich skuteczności. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 3 (8-9), 59-71.

Malinowska, E. (2008). *Uwaga: jestem chory! Żyj aktywnie*. 7: 30.

Małkiewicz – Borkowska M., Namysłowska I. (1995). Przewlekła depresja a relacje małżeńskie. *Psychiatria Polska*, 6, 802-804.

Manek, A.M. (1995). Zróżnicowanie poczucia zmiany w strukturze życia po utracie pracy w zależności od okresu bezrobocia mężczyzn. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Poznań - Częstochowa: Print-B.

Mao, W.C., Bardwell, W.A., Major, J.M., Dimsdale, J.E. (2003). Coping strategies, hostility and depressive symptoms: a path model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10, 331-42.

Marcysiak, I., Wasilewska, M. (2009). The attitudes of parents and the emotional intelligence of their adolescent children. W: A. Matczak (red.), *Determinants of social and emotional competencies* (s. 87-102). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Markus, H., Smith, J., Moreland, R.L. (1985). *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (6), 1494-1512.

Markus, H., Ruvalo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. In: L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (211-241). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17 (1), 3-13.

- Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49 (6), 554-564.
- Martowska, K. (2012). *Psychologiczne uwarunkowania kompetencji społecznych*. Warszawa: Liberi Libri.
- Marzec-Tarasińska A. (2014). Wartości cenione, ale czy urzeczywistniane przez współczesną młodzież? W: A. Odrowąż-Coates, M. Kwiatkowski (red.), *Przyszłość edukacji i społeczeństwa oczami badaczy społecznych* (S. 144–154). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Maslow, A.H. (2004). *W stronę psychologii istnienia*. Poznań: Rebis.
- Maslow, A.H. (1999). *Toward a psychology of being*. New York: John Wiley & Sons.
- Maslow, A.H. (1993). *The Farther Reaches of Human Nature*. New York: Viking Press.
- Matczak, A. (1997). Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. *Studia z Psychologii*, 8, 9-36.
- Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Matczak, A. (2007). Rola inteligencji emocjonalnej. *Studia Psychologiczne*, 45 (1), 9-17.
- Matczak, A., Knopp, K.A. (2013). *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*. Warszawa: Liberi Libri.
- Matthews, G., Zeidner, M., Roberts, R.D. (2002). *Emotional intelligence. Science and myth*. Cambridge, MA., London: A Bradford Book, The MIT Press.
- Mayer, J.D., Salovey, P. (1999). Czym jest inteligencja emocjonalna? W: P. Salovey, D.J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 23-69), Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Mayer, J.D., Caruso, D.R., Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27 (4), 267-298.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: theory, findings and implications. *Psychology Inquiry*, 15, 197-215.
- Mądrzycki, T. (2002). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- McCall, M.E., Struthers, N.J. (1994). Sex, sex-role orientation and self-esteem as predictors of coping style. *Journal of Social Behavior & Personality*, 9 (4), 801-810.
- McFarlane, A.H., Bellissimo, A., Norman, G.R. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 402 -410.
- McGraw, G.J. (2000). *Samotność*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- McGregor, I., Little, B.R. (1998). Personal projects, happiness and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 494-512.

- McKay, M., Fanning, P. (2002). *Poczucie własnej wartości*. Poznań: Rebis.
- Mellibruda, J. (2003). *Ja, ty, my. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mikhailova, E.S., Vladimirova, T.V., Iznak, A.F., Tsusulkovskaya, E.J., Sushko, N.V. (1996). Abnormal recognition of facial expression of emotions in depressed patients with major depression disorder and schizotypal personality disorder. *Biological Psychiatry*, 40 (8), 697-705.
- Miklowitz, D.J., Semple R.J., Hauser M., Elkun D., Weintraub M.J., Dimidjian S. (2015). Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Perinatal Women with depression or bipolar spectrum disorder. *Cognitive Therapy and Research*. New York: Springer Science+Business Media.
- Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: Associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences*, 44, 1356-1368.
- Miller, A. (1995). *Dramat udanego dziecka : studia nad powrotem do prawdziwego Ja*. Warszawa : Jacek Santorski & CO.
- Molęda, S. (2009). *Kantowska krytyka eudajmonizmu państwowego*, Histmag.org.
- Moore, K.A., Keyes, C.L.M. (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In: M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes, K.A. Moore (Ed.), *Well being: Positive development across the life course*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1993). Coping Resources and Process: Current Concepts and Measures. In: L. Goldberger, S. Breznits (Ed.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects* (234–257). New York: The Free Press.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Utsum, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370 (9590), 851-858.
- Murawiec, S., Wierzbński, P. (2017). *Depresja 2017*. Gdańsk: Via Medica.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32 (2), 337-348.
- Muszyński, H. (2005). *Zarys teorii wychowania*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Namysłowska I. (1985). Życie z chorobą. W: Brodński W. (red.) *Spółeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych* (s. 28-29, 36). Warszawa: PZWL.
- National Institute of Health (NIH) (2012). *NIH senior health: Depression*. U.S.A.: Rockville, Maryland.

Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 403–415.

Niebrzydowski, L. (1976). O poznawaniu i ocenie samego siebie. Warszawa: Nasza Księgarnia.

Nikolaou, I., Tsousis, I. (2002). Emotional Intelligence in the Workplace: Exploring its effects on Occupational Stress and Organisational Commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10 (4), 327-342.

Ninot, G., Fortes, M., Delignieres, D. (2005). The Dynamics of Self-Esteem in Adults Over a 6-Months Period: An Exploratory Study. *The Journal of Psychology*, 139 (4), 315-330.

Niškiewicz, Z. (2016). Dobrostan psychiczny i jego rola w życiu człowieka. *Studia Krytyczne*, 3, 139–151.

Nolidin, K., Downey, L. A., Hansen, K., Schweitzer, I., Stough, C. (2013). Associations between social anxiety and emotional intelligence within clinically depressed patients. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 513-521.

Nosal, C.S. (1998). Inteligencja emocjonalna. *Charaktery*, 4, 24-29.

Nózka, M. (2011). Formy wsparcia młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym w kontekście poziomu jej samooceny i motywacji do pracy. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Sociologica*, 38, 33-49.

Nowakowski, M. (2004). Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (s. 292-300). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich* (s. 93-94). Poznań : Zys i S-ka.

O'Brien, E.J., Epstein, S. (2009). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

O'Connor, B.P., Vallerand, R.J. (1998). Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychology and Aging*, 13 (3), 368-374.

Oettingen, G. (1996). Positive fantasy and motivation. In: P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (Ed.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (236–259). New York: Guilford Press.

Oettingen, G., Kappes, A. (2009). Mental contrasting of the future and reality to master negative feedback. In: K.D. Markman, W.M.P. Klein, J.A. Suhr (Ed.), *Handbook of imagination and mental simulation* (395–412). New York: Psychology Press.

Ogińska-bulik, n. (2001). Zasoby osobiste jako wyznaczniki radzenia sobie ze stresem u dzieci. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Psychologica*, 5.

- Ogińska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational. Stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18 (2), 167-175.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Oleś, P. (1981). Zagadnienie wartości w psychologii humanistycznej A. H. Masłowa i C. R. Rogersa. *Roczniki Filozoficzne*, 29 (4), 141.
- Oleś, P. (2003). Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: SCHOLAR.
- Oleś, M. (2005). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. T. VI: *Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Ostrowski, T.M. (2002). Zmiany w obszarze poczucia sensu życia u osób po zawale serca. W: D. Jasiocka-Kubacka (red.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne* (s. 135-144). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Padesky, C.A., Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Palmer, B., Donaldson, C., Stough C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Papoulos, D.F., Papoulos, J. (1998). *Przezwyciężyć depresję*. Poznań: Rebis.
- Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pennix, B.W., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J., Guralnik, J.M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.
- Perraud, S. (2000). Development of the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES). *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 276-284.
- Peterson, C., Maier, S., Seligman, M.E.P. (1993). *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control*. New York: Oxford University Press.
- Petrides, K.V., Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
- Petrides, K.V., Perez-Gonzales, J.C., Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21, 26-55.
- Piekarska, J. (2009). The role of personality and child-parent dialogue in the development of emotional competence. W: A. Matczak (red.), *Determinants of social and emotional competencies* (s. 67-86). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1996). Coping and social support. In: M. Zeidner, N. Endler (Ed.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 435). New York: Wiley.

Pilarska, A. (2012). *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS UAM.

Pilch T., Bauman T. (2010). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Pinquart, M., Silbereisen, R.K., Juang, L.P. (2004). Moderating effects of adolescents' self-efficacy beliefs on psychological responses to social change. *Journal of Adolescent Research*, 19 (3), 340-359.

Pilegge, A.J., Holtz, R. (1997). The effects of social identity on the self-set goals and task performance of high and low self-esteem individuals. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 70 (1), 17-26.

Piwoński J., Piwońska A., Głuszek J., Bielecki W., Pająk A., Kozakiewicz K., Wyrzykowski B., Rywik S. (2005). Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 63, 6 (4), 645-648.

Płużek, Z., Łazowski, J., Koziół, M., Kozłowska, A. (1978). Porównanie pacjentów z chorobą wrzodową z grupami kontrolnymi w badaniach nad poszczególnymi testami. W: J. Łazowski (red.), *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. Warszawa: PZWL.

Pommersbach, J. (1988). Wsparcie społeczne, a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 503-525.

Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości*. Lublin: RW KUL.

Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G.Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Poprawa, R. (2011). Style radzenia sobie a ryzyko problemów alkoholowych wśród dorastającej młodzieży. *Przegląd Psychologiczny*, 54 (1), 65-84.

Poznaniak, W. (2008). O różnych obliczach wsparcia emocjonalnego raz jeszcze. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy diagnozy, teorii i praktyki* (s. 396-413). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Prenda, K.M., Lachman, M.E. (2001). Planning for the future: a life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16 (2), 206-216.

Preston, J. (2007). *Pokonać depresję*. Gdańsk: GWP.

Pużyński, S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL.

Pużyński, S., Rybakowski, J. Wciórka J., (red.). (2011). *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*. T.2 i 3. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Rajska-Kulik, I., Roszkowska, A. (2005). Samoakceptacja i poziom lęku maltretowanych kobiet a ich sposoby radzenia sobie z przemocą ze strony partnera. *Chowanna*, 1, 62-77.

Ratajczak, Z. (1992). Wsparcie społeczne w warunkach zagrożenia podmiotowości człowieka w środowisku pracy. W: Z. Ratajczak (red.) *Psychologiczne problemy funkcjonowania człowieka w sytuacji pracy*, 10 (19). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Reinecke, M.A., Clark, D.A. (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Rintala, D., Young, M., Hart, K., Clearman, R., Fuhrer, M. (1992). Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 37 (3), 155-163.

Rioli, L., Savicki, V. (2003). Optimism and coping as moderators of the relationship between chronic stress and burnout. *Psychological Reports*, 92, 1215-1226.

Roberts, G., Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-49.

Rodin, J., Salovey, P. (1997). Psychologia zdrowia. W: T. Heszen - Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rogers, C. R. (1995). *A Way of Being*. Boston: Houghton-Mifflin.

Rogers, C. R. (2002). *Sposób bycia*. Poznań : Rebis.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press.

Rosenthal M.S. (2003). *Depresja*. Warszawa: Klub dla Ciebie.

Rubacha, K. (2013). Uogólnione poczucie skuteczności a poczucie skuteczności wychowawczej rodziców i nauczycieli. Hipoteza sytuacyjnej zmienności. *Studia Edukacyjne*, 25/2013.

Rubacha K. (2016). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Psychology*, 2, 702–717.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28.

Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Ryff, C.D., Singer, B. (2004). Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci, tłum. M. Szuster. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna: Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, 147–162. Warszawa: WN PWN.

Ryff, C.D., Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

Ryff, C.D., Singer B.H. (2012). Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s.154). Warszawa: PWN.

Ryś, M. (2011). Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych. *Kwartalnik Naukowy*, 2 (6), 64-83.

Rzewuska, M. (2006). *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Saklofske, D.H., Austin, E.J., Minski, P.S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707-721.

Salguero, J.M., Extremera, N., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. (2015). If you have high Emotional Intelligence (EI), you must trust in your abilities: the interaction effect of ability EI and perceived EI on depression in women. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33 (1), 46-56.

Salmon, P. (2002). *Psychologia w Medycynie*. Gdańsk: GWP.

Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Pennebaker, J.W. (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (125-154). Washington, DC: American Psychological Association.

Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In: C.R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (141-164). New York: Oxford Press.

Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.

Saltzman, K.M., Holahan, C.J. (2002). Social support, self-efficacy, and depressive symptoms: an integrative model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 311-320.

Santagostino, P. (2005). *Poczucie własnej wartości*. Kraków: Espe. Wydawnictwo Zakonu Księży Pijarów.

Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

Schimmack, U. (2008). The Structure Of Subjective Well-Being, In: M. Eid, R.J. Larsen (Ed.), *The Science Of Subjective Well-Being* (97-123). New York, London: The Guilford Press.

Schulz, U., Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (5), 716-732.

Schultz, D., Izard, C.E., Abe, J.A.A. (2005). The emotion systems and the development of emotional intelligence. In: R. Schulze, R.D. Roberts (Ed.), *Emotional intelligence. An international handbook* (51-67). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Bobik, C., Coston, T.D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., Wendorf G. (2001). *The Journal of Social Psychology*, 141 (4), 523-536.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Simunek, M., McKinley, J., Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition Emotion*, 16 (6), 769-785.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N., Rooke, S.E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42 (6), 921-933.

Schutte, N.S., Malouff, J.M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50, 1116-1119.

Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.

Schwartz, S.H. (1996). Value priorities and behavior: Applying a theory of integrated value systems. In: C. Seligman, J.M. Olson, M.P. Zanna (Ed.), *The Psychology of Values: The Ontario Symposium*, 8, 1-24, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schwartz, S.H. (2001). Wartości. Psychologia społeczna. W: M. Hewstone (red.). *Encyklopedia Blackwella* (s. 701-704). Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.

Schwartz, S.H. (2006). Basic human values: Theory, measurement and applications. *Revue française de sociologie*, 47 (4) 929-968.

Schwartz, S.H. (2007). Value orientations: Measurement, antecedents and consequences across nations. In: R. Jowell, C. Roberts, R. Fitzgerald, G. Eva (Eds.), *Measuring attitudes cross-nationally: Lessons from the European Social Survey* (169-203). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Schwartz, S., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O., Konty, M. (2012).

Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103 (4), 663-688.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of Perceived Self-efficacy: Psychometric Scales for Cross-cultural Research*. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.

Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa: PWN.

Schwarzer, R., Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In: M. Conner, P. Norman (Ed.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (163-196). Buckingham, UK: Open University Press.

Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem. Wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 6, 72-92.

Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*, 22, 93-98.

Scott, J.L., Halford, K., Ward, B.G. (2004). United we stand?: The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1122-1135.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2009). *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności : nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seligman, M.E. P. (2004). Can Happiness be Taught? *Daedalus*, Spring 2004, 133 (2), 80-87.

Seligman, M.E. P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.

Seligman, M.E.P, Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal Psychology*. 4th ed. New York: Norton Company.

Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.

Sęk, H. (1986). Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? *Przegląd Psychologiczny*, 3, 791-799.

Sęk H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17-32). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Sęk, H. (red.) (2014). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2018). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, (s. 49-67). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H., Cieślak, R. (2018). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H., Pasikowski, T. (red.). (2001). *Zdrowie - Stres - Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Sheldon, K.M., Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (3), 531–543.

Sherman, A.M., Shumaker, S.A., Rejeski, W.J., Morgan, T., Applegate, W.B., Ettinger, W. (2006). Social support, social integration, and health-related quality of life over time: Results from the Fitness and Arthritis in Seniors Trial (FAST). *Psychology and Health*. 21 (4), 463-480.

Showers, C.J. (1992). Evaluatively integrative thinking about characteristics of the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 719–729.

Showers, C.J. (1995). The evaluative organization of self-knowledge: Origins, processes, and implications for self-esteem. In: M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (101–120). New York: Plenum Press.

Showers, C. J., Kevlyn, S. B. (1999). Organization of knowledge about a relationship partner: Implications for liking and loving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (6), 958-971.

Showers, C. J., Larson, B.E. (1999). Looking at body image: The organization of self-knowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *Journal of Personality*, 67 (4), 659-700.

Siemionow, J. (2011). *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Skorski, Z. (1976). *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.

Slaski, M., Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.

Slaski, M., Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health*, 19, 233-239.

Słodkowska, J., Bokszczanin, A. (2012). Perfekcjonizm i stres a dobrostan psychiczny studentów uczelni wyższych. Testowanie modelu mediacyjnego. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 16, 3-11.

Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia, Słownik podstawowych terminów* (s. 68). Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Smith, L., Heaven, P.C.L., Ciarrochi, (2008). Trait emotional intelligence, conflict communication patterns, and relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 44 (6), 1314-1325.

Ślusarska, B., Zarzycka, D., Zahradniczek, K. (2008). *Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

Śmieja, M., Orzechowski, J. (2008), Inteligencja emocjonalna : fakty, mity, kontrowersje. W: M. Śmieja, J. Orzechowski (red.), *Inteligencja emocjonalna: fakty, mity, kontrowersje*, (s. 19-45). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Solomon A., Haaga D.A., (2005). Teoria i terapia poznawcza depresji W: M.A. Reinecke, D.A. Clark (red.), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce* (s. 25-47). Gdańsk: GWP.

Stolarski, M., Bitner, J. (2011). Podmiotowe uwarunkowania nastroju: znaczenie inteligencji emocjonalnej. W: E. Goryńska, M. Ledzińska, M. Zajenkowski (red.), *Nastrój. Modele, geneza, funkcje* (s. 94-117). Warszawa: Wydawnictwa UW.

Stoner, J.A., Wankel, Ch. (1994). *Kierowanie*. Warszawa: PWE.

Straś-Romanowska, M.M. (2010). Od samooceny do poczucia godności. Spojrzenie na problem ustosunkowania do własnej osoby z perspektywy psychologii biegu życia. W: A. Kolańczyk, B. Wojciszke (red.), *Motywacje umysłu* (s. 127-143). Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa.

Strelau, J. (1996). Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 88-132). Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Strelau, J. (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki - Podstawy psychologii (cz. 1)*. Gdańsk: GWP.

Strelau, J. (2002). *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2013). *CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Strutton, D., Lumpkin, J.R. (1994). Problem- and emotion-focused coping dimensions and sales presentation effectiveness. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22 (1), 28-37.

Sulaiman, S.M.A. (2013). Emotional Intelligence, Depression and Psychological Adjustment among University Students in the Sultanate of Oman. *International Journal of Psychological Studies*, 5(3), 169-181.

Swan, A., Watson, H.J., Nathan, P.R. (2009). Quality of life in depression: an important outcome measure in an outpatient cognitive-behavioural therapy group programme. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (6), 485-496.

Sygit-Kowalkowska, E. (2014). Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna. *Hygeia Public Health*, 49(2), 202-208.

- Szczęsna, H. (2005). Z badań nad akceptacją siebie i innych ludzi przez młodzież – uwarunkowania rodzinne. *Psychologia Rozwojowa*, 10 (4), 139–149.
- Tamres, L.K., Janicki, D., Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and a examination of relative coping. *Personality and Social Psychology*, 8 (1), 2-30.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7, 15-37.
- Terelak, J. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Branta.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (1992). Geneva: World Health Organization.
- Tischner, J., Kłoczowski, J.A. (2001). *Wobec wartości*. Poznań : W drodze.
- Tomkiewicz, A. (1981). Samoakceptacja a relacje interpersonalne. *Roczniki Teologiczno-Kanoniczne*, 28 (6), 189-199.
- Tomkiewicz, A. (1996). Samoakceptacja w kontekście uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. *Roczniki Teologiczne*, 43 (6), 161-174.
- Trejtowicz, M. (2007). Dynamika dobrostanu psychicznego. Eksploracja danych z badań Diagnoza społeczna. *Psychologia Społeczna*, 1 (03), 66–81.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Turska, E. (2008). Rola wsparcia społecznego w sytuacji długotrwałego bezrobocia. W: Z. Ratajczak (red.). *Przedsiębiorczość społeczna a walka z bezrobociem. Problemy społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”.
- Van der Zee, K., Thijs, M., Schakel, L. (2002). The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the Big Five. *European Journal of Personality*, 16, 103-125.
- Van Rooy, D.L., Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95.
- Walden-Gałużko, K. (2012). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Walker, L.E.A. (1993). *Survivor Therapy: Clinical assessment and intervention workbook*. Denver, CO: Endolor Communications.
- Walker, L.E. (2009). *The battered woman syndrome (3rd ed.)*. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Wallcraft, J. (2005) Recovery from mental breakdown. In: J. Tew, J. Kingsley (Ed.) *Social Perspectives in Mental Health*. London: JKP.
- Wang, J., Patten, S.B. (2002). The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (2), 167-173.
- Wareham, S., Fowler, K., Pike, A. (2007). Determinants of depression severity and duration in Canadian adults: The moderating effects of gender and social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 2952-2972.
- Weissman, M.M., Klerman, P.D., M.D. (1990). *Interpersonal Psychotherapy for Depression*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Wieber, F., Gollwitzer, P.M. (2010). Overcoming procrastination through planning. In: C. Andreou, M.D. White (Ed.) *The thief of time: Philosophical essays on procrastination* (185–205). New York: Oxford University Press.
- Wilkins, R. Marmot, M. (red.) (2003). The Social Determinants of Health: The Solid Facts. *World Health Organization Europe*.
- Williams, J.M.G. (2006). Depresja. W: Clark D.M., Fairburn Ch.G. (red.) *Terapia Poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*. Gdynia: Alliance Press.
- Williams, C., Daley, D., Burnside, E., Hammond-Rowley, S. (2009). Measuring emotional intelligence in preadolescence. *Personality and Individual Differences*, 47, 316-320.
- Wills, T.A. (1991). Social Support and Interpersonal Relationship. In: M.S. Clark (Ed.). *Prosocial Behavior. Review of Personality and Social Psychology*, Vol 12. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Włodarczyk, D. (1999). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny*, 42 (4), 95-113.
- Wojciechowska, L. (2005). Teoria dobrostanu w badaniach rozwojowych nad rodziną: dobrostan rodziców w stadium pustego gniazda. *Psychologia Rozwojowa*, 10 (4), 35-45.
- Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda: dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Wojciszke, B. (2010). Funkcje samooceny. W: A. Kolańczyk, B. Wojciszke (red.), *Motywacje umysłu* (s. 111-125). Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa.
- Wojtyna, E., Dosiak, M., J. Życińska, (2007). Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska*, 4 (1), 17-26.
- World Health Organisation (2001). *The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2012). *Health statistics and health information systems*. Geneva: World Health Organization.

Woroń, J., Siwek, M. (2009). Interakcje wybranych leków przeciwdepresyjnych. *Medycyna Praktyczna Psychiatria*, 6, 102-106.

Wosik-Kawala, D. (2007). *Korygowanie samooceny uczniów gimnazjum*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T., Ludgate, J.W. (2003). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. New York, NY: Guilford Press.

Wrona-Polańska, H. (red.) (2008). *Zdrowie - stres - choroba: w wymiarze psychologicznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44-46). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Wrześniewski, K. (2007). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3* (s. 493-512). Gdańsk: GWP.

Yang, A., Wang, D., Li, T., Teng, F. (2008). The impact of Adult Attachment and Parental Rearing on Subjective well-being in chinese late adolescents. *Social Behavior and Personality*, 36 (10), 1365-1378.

Yates, T.M., Egeland, B., Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In: S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability* (243-266). Cambridge: University Press.

Zalewska, A. (2003). *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”.

Zeidner, M. (2008). Rozwój inteligencji emocjonalnej. W: M. Śmieja, J. Orzechowski (red.), *Inteligencja emocjonalna: fakty, mity, kontrowersje* (82-111). Warszawa: PWN.

Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R. D., MacCann, C. (2003). Development of emotional intelligence: Towards a multi-level investment model. *Human Development*, 46, 69–96.

Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R.D. (2012). *What we know about emotional intelligence: How it affects learning, work, relationships and our mental health*. Cambridge: MIT Press.

Zeidner, M., Olnick-Shemesh, D. (2010). Emotional intelligence and subjective well-being revisited. *Personality and Individual Differences*, 48, 431-435.

Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S.H., Fabes, R.A., Reiser, M., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., Cumberland, A.J., Shepard, S.A. (2002). The relationship of parental warmth and positive

expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: a longitudinal study. *Child Development*, 73, 893-915.

Zięba, M. (2012). Samoocena i nadzieja a formalne właściwości projektów osobistych. *Przegląd Psychologiczny*, 55 (2), 161-178.

Zięba A., Jawor M., Dudek D. (1996). Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 3, 512-515.

Ziółkowski, M.A. (2000). *Przemiany interesów i wartości społeczeństwa polskiego: teorie, tendencje, interpretacje*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji "Humaniora".

Zoromba, M.A.A., Abdellatif, S.A., Hussien, E.S., Hamed, W.E. (2014). Relationship between Emotional Intelligence and levels of Depression among Patients with Depressive Disorders. *Mansoura Nursing Journal*, 1 (1), 1-9.

ANEKS – Narzędzia badawcze

Katowice 2019